



L'infécondité en France : et si on écoutait les hommes ?

Soraya Belgherbi

► To cite this version:

Soraya Belgherbi. L'infécondité en France : et si on écoutait les hommes ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01251617

HAL Id: dumas-01251617

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251617>

Submitted on 6 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 118

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Santé Publique et Médecine Sociale

L'infécondité en France : et si on écoutait les hommes ?

Présentée et soutenue publiquement
le 29 septembre 2015

Par

Soraya BELGHERBI

Née le 4 mai 1986 à L'Hay-Les-Roses (94)

Dirigée par Mme La Directrice de Recherche

Elise De La Rochebrochard

Jury :

M. Le Professeur Bruno Falissard Président

Mme Le Docteur Perrine Campas

M. Le Professeur Vincent Gadjos

Mme Le Professeur Laurence Meyer



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Elise de La Rochebrochard, pour toute son aide pour cette thèse, pour son enseignement, sa rigueur et aussi pour sa bonne humeur et son soutien dans mes moments de doute.

Je souhaite remercier le Professeur Bruno Falissard, qui me fait l'honneur d'être présent en tant que président de jury à ma thèse, et pour sa pédagogie et le plaisir que j'ai eu à suivre ses cours de master.

Je souhaite aussi remercier le Professeur Laurence Meyer, qui a accepté d'être présente dans ce jury de thèse, et pour son enseignement lors de mes 2 semestres de stage d'internat dans l'équipe adjacente à la sienne.

Je remercie aussi sincèrement le Professeur Vincent Gajdos et le Docteur Perrine Capmas, qui ont accepté volontiers de participer à ce jury de thèse, d'être présents pour apporter leur expertise à ce travail.

Je remercie tous les membres ayant travaillé sur l'enquête Fecond, sans qui je n'aurais pas de sujet, et en particulier un grand merci à Henri Panjo et à Jean Bouyer qui m'ont beaucoup aidée dans les analyses, et aussi un grand merci à Aline Bohet qui m'a permis de déchiffrer la base de données Fecond.

A tous mes amis qui m'ont accompagnée lors de mes études de médecine, dans les amphis, les stages d'externat, les bibliothèques, mais aussi dans les soirées croque monsieur tiramisu et vacances écossaise, thaïlandaise ou bretonne etc., vous êtes ma seconde famille, Anne, Anne-Sophie, Sarah, Adeline, Alix, Emilie, Laurence.

A tous mes amis d'internat et en particulier à Claire qui m'accompagne dans cette soutenance de thèse, ce qui rend ce moment sensible beaucoup plus facile à vivre, et à Moussa qui m'a accompagnée dans de nombreux stages, ou du moins qui n'était jamais très loin.

A tous mes amis, qui ont su me faire sortir de l'univers médecine régulièrement, et qui m'accompagnent depuis forts forts longtemps et j'espère qui m'accompagneront (en fait j'en suis sûre) pour encore très très longtemps, Polochon, Schporkette, Céline, Camille, Caroline, Clémentine, Claire.

A ma mère, qui a su me donner son optimisme me permettant de toujours avancer quels que soient les obstacles, et son goût pour les belles choses (et bonnes choses à manger aussi).

A mon père, pour son soutien inconditionnel, son écoute attentive et délicate, mais surtout pour ses fous rires et pour son univers musical qui m'accompagnera pour toujours.

A mon frère, pour son aide, sa présence, et pour toutes ses parties de jeux vidéos et ses chamailleries affectueuses.

A toute ma famille, mes grands parents et à mes tantes et oncles, qui ont toujours été présents à côté de moi, c'est enfin la fin de tous ces examens et autres révisions dont je vous ai tant parlé.

A toi Mehdi, pour tout, pour ta présence à mes côtés, ton amour, et toute la joie et le bonheur que tu représentes dans ma vie.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Liste des abréviations	7
Liste des figures et tableaux	9
1. Introduction	11
2. Matériel et méthodes	21
2.1. L'enquête Fecond	21
2.2. Echantillons d'étude	23
2.3. Préparation des données	32
2.4. Création des variables de l'étude	34
2.5. Méthodes d'analyse	37
3. Résultats	39
3.1. Description des échantillons	39
3.1.1. Echantillon Fecond âgé de 20-49 ans	39
3.1.2. Echantillon ayant déjà été exposé à l'infécondité	41
3.2. Consultations et traitements en cas d'infécondité	45
3.2.1. Taux de consultation et de traitement	45
3.2.2. Caractéristiques des consultants	47
3.2.3. Première consultation	49
3.2.4. Caractéristiques des personnes traitées	55
3.2.5. Traitements et leurs issues	57
3.2.5.1. Description du premier traitement	58
3.2.5.2. Description du dernier traitement	59
3.2.5.3. Issues des traitements suivis	60
3.3. Parcours de prise en charge de l'infécondité	61
3.3.1. Les professionnels rencontrés	61
3.3.2. Bilans et causes de l'infécondité	65

3.3.3. Vécus de la prise en charge	68
3.3.4. Projet de traitements	71
4. Discussion	73
5. Conclusion.....	87
Références	89
Annexes.....	93
Tableaux en annexes	93
Extrait du questionnaire Fecond sur la prise en charge de l'infécondité.....	97

LISTE DES ABREVIATIONS

AMP	Assistance Médicale à la Procréation
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
Fecond	FEcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles (enquête)
FIV	Fécondation <i>In Vitro</i>
IAC	Insémination Artificielle avec spermatozoïdes du Conjoint
IAD	Insémination Artificielle avec spermatozoïdes de Donneur
IC	Intervalle de Confiance
ICSI	Injection Intra Cytoplasmique de spermatozoïdes (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)
Ined	Institut National d'Etudes Démographiques
Inserm	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OR	Odds Ratio
TEC	Transfert d'Embryons Congelés

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. Sélection des échantillons d'étude	25
Figure 2. Histogramme des distributions de l'âge des répondants exposés à l'infécondité, selon leur sexe.....	44
Tableau 1. Description de l'échantillon Fecond âgé de 20-49 ans.....	40
Tableau 2. Description de l'échantillon Fecond âgé de 20-49 ans exposé à l'infécondité	43
Tableau 3. Taux de consultation et de traitement dans les trois échantillons d'étude	46
Tableau 4. Description de l'échantillon ayant déjà consulté pour infécondité	48
Tableau 5. Age du répondant lors de la 1 ^{ère} consultation	49
Tableau 6. Personne ayant consulté dans le couple	50
Tableau 7. Délais de recherche de grossesse.....	51
Tableau 8. Spécialité du 1 ^{er} médecin consulté par le répondant	53
Tableau 9. Soutien par le 1 ^{er} médecin	54
Tableau 10. Description de l'échantillon ayant déjà suivi un traitement	56
Tableau 11. Traitements suivis par le répondant ou le partenaire.....	57
Tableau 12. Premier traitement suivi	58
Tableau 13. Dernier traitement suivi.....	59
Tableau 14. Naissances et fausses couches lors des périodes de traitements	60
Tableau 15. Autres professionnels consultés par le répondant	62
Tableau 16. Lieux de consultation	63
Tableau 17. Sujets abordés lors des consultations	64
Tableau 18. Examens réalisés au cours du suivi médical par le répondant ou le partenaire....	66
Tableau 19. Causes d'infécondité en fonction de l'origine masculine ou féminine.....	67
Tableau 20. Vécu des périodes de traitement.....	68
Tableau 21. Difficultés lors des périodes de traitement	69
Tableau 22. Impacts des traitements sur la qualité de vie des répondants	70
Tableau 23. Projet de traitement futur.....	71
Tableau A1. Répartition de la population Fecond sur les neuf catégories d'exposition à l'infécondité	93
Tableau A2. Consultations médicales par le répondant ou son partenaire parmi les neuf catégories d'exposition.....	94
Tableau A3. Sujets abordés en consultation parmi les répondants déclarant avoir suivi au moins un traitement.....	95
Tableau A4. Examens réalisés parmi les couples ayant consulté en premier ensemble	96

1. INTRODUCTION

La médicalisation de la procréation n'a cessé d'évoluer au cours des trois dernières décennies. Le nombre de naissances obtenues par assistance médicale à la procréation (AMP) continue ainsi d'augmenter. Pour exemple la proportion de naissances obtenues par fécondation *in vitro* (FIV) a progressé de 0,52% en 1988 à 1,74% en 2006 (1) et 2,3% en 2010 (2). Au total en 2010, 5,6% des naissances françaises sont issues d'un traitement ou d'une technique médicale d'assistance à la procréation (2), soit une naissance sur 18.

Qu'est-ce que l'infécondité ?

Il existe une confusion importante entre les différents termes : infécondité, infertilité, stérilité (3). Les divergences sont nombreuses en particulier entre démographes et médecins, ou encore entre européens et nord américains.

Pour le médecin, l'infertilité est l'incapacité pour un couple sexuellement actif et n'utilisant pas de contraception d'obtenir une grossesse (4). Il est fréquent de définir cette incapacité par l'absence de grossesse après 12 mois de rapports sexuels sans contraception. Cette définition clinique est régulièrement reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (5-8).

Pour le démographe, la **fertilité** renvoie à un **concept d'aptitude** des personnes à concevoir et à mener à son terme normal une grossesse. Pour désigner son contraire, le démographe utilise les mots « stérilité » et « infertilité ». Ainsi le couple stérile est celui qui est dans l'incapacité totale et définitive d'avoir une naissance vivante. L'**infécondité** est définie **par le fait**, pour un individu ou un couple, de n'avoir pas procréé d'enfant vivant au cours d'une période de temps déterminée. L'infécondité est classiquement étudiée sur des périodes de 12

ou 24 mois (9). De plus, l'infécondité peut être volontaire ou involontaire. Ainsi une infécondité ne résultant pas d'une intervention du couple pour éviter toute procréation (via le recours à des contraceptifs par exemple), l'infécondité est dite **involontaire**. L'approche reposant sur la durée observée d'infécondité (de recherche de grossesse) est celle adoptée dans l'approche clinique. Une autre approche est possible et s'appuie exclusivement sur le ressenti de la personne déclarante, conduisant à la notion d'**infécondité perçue**.

D'après la revue de la littérature réalisée par L. Schmidt et K. Munster (10), dans les pays industrialisés entre 1970 et 1992, les estimations de la prévalence de l'infertilité parmi les femmes en âge de procréer varient de 3,6 à 14,3% (après plus de 1 ou 2 ans de tentatives), les estimations de la prévalence au cours de la vie s'étendent de 12,5 à 32,6%, et le recours médical varie de 3,6 à 17,0%. Les variations observées dans ces estimations s'expliquent par des différences de définition et des méthodes de mesure. Il pourrait également y avoir des variations entre populations selon les facteurs de risque observés dans ces populations.

La prise en charge de l'infécondité

Devant des difficultés à procréer, les couples peuvent consulter un professionnel de santé. Après une période de plus de 12 mois de recherche de grossesse, 25% des couples aux Etats Unis, et près de 50% des couples au Danemark consultent pour infécondité (11-13). En population française, selon les méthodologies des études, le recours aux consultations après 12 mois de recherche de grossesse oscille entre 9% et 26%, et entre 12,2% et 56,8% après 24 mois d'infécondité (11, 14). Ces estimations montrent la variabilité des comportements des couples face à l'infécondité, certains ne recourant pas à une consultation médicale.

Certains facteurs favorisent le recours aux consultations médicales et ont été étudiés dans plusieurs articles (15, 16). D'après les résultats d'une étude rétrospective téléphonique menée en France (en Normandie et en Bretagne) en 2000 (14), auprès de 901 femmes âgées de 18 à 60 ans, les femmes ayant déjà eu une grossesse conduisant à une naissance vivante, consultent moins que les femmes n'ayant jamais eu de grossesse (OR 0,4 ; IC95% 0,2-0,6%). Parmi les femmes ayant déjà eu une grossesse, les femmes ayant des antécédents gynécologiques consultent plus que celles sans antécédent (OR 4,1 ; IC95% 1,8-9,2%), de même que les femmes ayant un plus haut niveau d'études (OR (Bac vs. < Bac) 2,6 ; IC95% 1,2-5,7%). A l'opposé, les femmes ayant déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (OR 0,1 ; IC95% 0,02-0,6%), consultent moins que les autres femmes. L'âge au début des tentatives de grossesse, n'est pas associé avec la probabilité de consulter pour infécondité (14).

D'autres facteurs pourraient impacter la probabilité de consulter pour infécondité. Ainsi, certaines recherches ont exploré les facteurs expliquant les processus de recherche d'aide médicale en se basant sur les modèles généraux développés par Andersen (1968),

Becker (1974), ou encore Shaw (1999) (17). D'après ces études, les ressources sociales, les expériences ultérieures avec les médecins, ou les attitudes vis-à-vis des technologies, pourraient influencer aussi le recours médical en cas de problèmes à avoir des enfants (17).

Comme pour de nombreuses problématiques de santé, la première étape de la prise en charge débute par un bilan. Les recommandations rappellent que la recherche de diagnostic doit associer à égalité les deux membres du couple, aussi bien l'homme que la femme (4, 18). La démarche du bilan inclut un interrogatoire initial à la recherche d'antécédents médicaux et des déterminants comportementaux spécifiques, un examen clinique complet et enfin certains examens complémentaires (18, 19). Le bilan complémentaire réalisé auprès de la femme, peut comprendre les examens suivants : un bilan biologique de la réserve ovarienne, une échographie pelvienne, une hystérosalpingographie, une coelioscopie ou encore une hystéroscopie. Pour le bilan de l'homme peuvent être réalisés (4, 20) : une échographie testiculaire, un test post coïtal, des analyses du sperme (comprenant spermogramme, spermocytogramme, spermoculture, ou encore un test de migration et de survie, une fragmentation), ou encore des dosages hormonaux.

Les **causes de l'infécondité** sont multiples. Dans 38% des cas, l'infécondité se révèle être d'origine mixte, c'est-à-dire impliquant les deux membres du couple, dans 34% purement féminine, 20% purement d'origine masculine et enfin dans 8% des cas, la cause est non identifiable (21, 22). Les causes principales de l'infécondité féminine sont les troubles de l'ovulation et les obstacles mécaniques (exemples anomalie du col utérin, obstacle utérin ou encore obstacle tubaire). Pour l'infécondité masculine, les causes principales sont quant à elles, l'oligo-asthéo-térato-spermie (diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes, associés à une fréquence élevée de formes anormales), l'asthéo-spermie

(diminution de la mobilité des spermatozoïdes) et la térato-spermie (fréquence élevée de formes anormales de spermatozoïdes) (22-24).

Les traitements de l'infécondité

Les progrès techniques des dernières décennies ont permis de réelles avancées concernant la santé reproductive. Le traitement débute fréquemment par une stimulation ovarienne, processus provoquant la libération d'un ovule et favorisant ainsi la fécondation par un spermatozoïde lors d'un rapport sexuel. En absence de manipulation des gamètes, la stimulation ovarienne n'est pas considérée comme une technique de procréation médicalement assisté (25, 26). En effet l'assistance médicale à la procréation (AMP) fait l'objet de la définition suivante dans le Code de la Santé Publique français : « les pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel » (27). L'insémination artificielle, soit avec sperme du conjoint (IAC), soit avec sperme d'un donneur (IAD), consiste à manipuler les spermatozoïdes et à les déposer dans l'utérus lors de l'ovulation (19). La fécondation *in vitro* et l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) ont pour objectifs de provoquer la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde en laboratoire. Dans la plupart des cas, il s'agit des gamètes des deux conjoints. Mais la FIV peut également être réalisée avec un gamète de donneur (spermatozoïde ou ovocyte) lorsque cela s'avère nécessaire.

Cependant, la définition de l'AMP française ne correspond pas à celle de l'OMS pour laquelle les technologies de la reproduction assistée incluent uniquement les traitements ou procédures ayant recours au maniement *in vitro* d'ovocytes humains et de sperme, ou d'embryon, dans l'objectif d'obtenir une grossesse (28). Cette définition inclut la FIV, les transferts d'embryons, la cryoconservation de gamètes ou de d'embryons, les dons de gamètes ou d'embryons, mais exclut les inséminations artificielles. Les définitions ne font donc pas l'état

d'un consensus international, et pour ce travail, la définition du code de santé publique français sera retenue.

Les hommes et l'infécondité

En théorie, les hommes sont donc impliqués dans l'ensemble des processus de prise en charge de l'infécondité, allant de la consultation initiale, à la réalisation des bilans, jusqu'à la prise en charge thérapeutique. Cette implication est rappelée dans les recommandations de bonnes pratiques cliniques (4, 18). Mais quand est-il dans les travaux de recherche sur cette thématique ?

Une recherche dans la littérature internationale révèle que les hommes sont très rarement inclus dans les études sur l'infécondité. Ainsi, en reprenant l'exemple de la revue de la littérature citée plus haut (12), l'objectif de l'étude était d'obtenir des estimations sur le recours médical en cas d'infécondité en population générale en âge de procréer. La sélection des articles a été réalisée à partir d'une recherche dans la littérature internationale basée sur les termes « infécondité », « infertilité » et « stérilité ». Dans l'ensemble des articles cités aucun homme n'est inclus, que ce soit seul ou avec leur partenaire. Cette approche exclusivement basée sur les femmes n'est à aucun moment justifiée, ni même explicitée ou évoquée par les auteurs. La même absence des hommes est retrouvée dans une revue de la littérature plus récente (9).

Pour expliquer la faible participation des hommes dans les études sur l'infécondité, deux types d'hypothèses sont proposées (29) : des difficultés méthodologiques rendant complexe l'inclusion d'hommes dans ces études, et des difficultés conceptuelles à intégrer l'intérêt d'explorer la facette masculine. L'infécondité, tout comme la reproduction plus généralement,

est régulièrement conceptualisée comme une problématique féminine (29). Ces éléments sont probablement renforcés par le fait que, quel que soit le diagnostic, l'assistance médicale à la procréation soit largement basée sur le corps de la femme (y compris lorsque l'infécondité est d'origine masculine). L'importance des recherches dont l'objectif d'étude est d'augmenter les taux de succès de l'AMP, guident implicitement les scientifiques à explorer principalement le côté féminin. Cette tendance se retrouve également dans la prise en charge. En effet, le nombre de médecins spécialistes de la prise en charge des hommes inféconds est limité en comparaison des femmes, et ces consultations sont sous utilisées, voire peu ou pas remboursées par certaines assurances américaines (30-32). Comme le souligne plusieurs articles (33, 34) l'infécondité masculine demeure un sujet de stigmatisation en population et est relativement peu discuté.

Certains auteurs vont même jusqu'à déconseiller d'utiliser les déclarations des hommes dans la collecte d'informations basiques sur la fécondité (nombre d'enfants et dates de naissances) (35, 36). A partir de données américaines et britanniques où les déclarations des femmes sont utilisées comme « gold standard » (35), les hommes déclarent près de 98% des naissances d'un mariage en cours, environ 60% des naissances issues de mariages ultérieurs et 49% et 64% des naissances hors mariage respectivement pour les données américaines ou britanniques.

Globalement la tendance générale dans la recherche en reproduction a été jusqu'alors de limiter les populations d'étude à des populations strictement féminines. L'hypothèse sous-jacente véhiculée est que les hommes sont trop éloignés des problématiques concernant la vie reproductive, et ne sont donc pas aptes à répondre correctement aux questionnaires.

Néanmoins, quelques études récentes montrent l'importance de développer les connaissances sur l'infertilité vécue par les hommes (29, 37, 38). Des recherches américaines menées à partir « National Survey of Family Growth » permettent d'obtenir de premières données masculines sur l'infertilité et le recours médical. Ces dernières se révèlent relativement similaires à celles des femmes (39), voire comme apportant des informations complémentaires (37, 38, 40).

Objectif principal

L'objectif de ce travail a été de comparer les déclarations des hommes et des femmes sur le recours aux consultations pour infécondité, et leur déroulement à partir de l'enquête Inserm-Ined Fecond réalisée en 2010.

Dans ce travail, l'objet d'étude a été l'infécondité involontaire perçue. Par souci de simplification, le terme infécondité est à comprendre comme « infécondité involontaire perçue » dans l'ensemble de ce rapport.

Les résultats abordent dans un premier temps une description de la population d'étude. Dans un second temps, les principaux résultats de prise en charge des personnes concernées par l'infécondité sont présentés. Enfin la 3^{ème} et dernière partie développe plus en détail le déroulement de cette prise en charge.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. L'ENQUETE FECOND

L'enquête Fecond 2010 s'inscrit dans la lignée des enquêtes Ined-Inserm sur la reproduction (EMF 1978 (41); ERN 1988 ; ESFE 1994 (42) ; IF 1998 (43) ; COCON 2000). L'objectif était de recueillir des données sur la santé sexuelle et reproductive de la population française, en interrogeant par téléphone (fixe ou portable) un échantillon représentatif de la population vivant en France.

Les critères d'éligibilité étaient d'être une femme ou un homme parlant français, âgé(e) de 15 à 49 ans, vivant au sein d'un domicile privé avec ligne téléphonique fixe ou être détenteur d'un téléphone portable (44).

L'enquête s'est déroulée de juin 2010 à janvier 2011 en utilisant une stratégie d'échantillonnage stratifié à deux degrés. La première étape a été l'échantillonnage des ménages. Pour cela une liste de numéros de téléphone a été générée par un système d'appel aléatoire. Les numéros d'entreprise et non existant ont été ensuite supprimés. La deuxième étape a été de sélectionner les personnes éligibles de 15 à 49 ans dans les ménages, en utilisant la méthode de Kish, méthode de sélection par hasard d'un individu parmi les individus d'un ménage, en prenant une plus haute probabilité pour les femmes afin de les surreprésenter dans l'échantillon final. Lors d'un premier appel, les informations sur l'ensemble des personnes éligibles du ménage ont été collectées. La personne éligible tirée au sort était ensuite rappelée pour la passation du questionnaire. Le détail du protocole d'enquête et de sa réalisation sont disponibles dans les articles et documents suivants (11, 44-52).

Au total, le taux de participation était de 44,8%. La non participation (55,2%) inclus les refus (20,2%), l'absence de contact (29,9%) et les cas où il a été impossible de mener l'interview (5,1%).

Les grandes thématiques de l'enquête Fecond étaient la biographie contraceptive, les grossesses non planifiées, le recours médical pour infécondité, et les dysfonctions sexuelles. Le questionnaire était divisé en 12 chapitres.

Un chapitre entier du questionnaire Fecond explorait le recours médical pour infécondité. Pour réduire le biais de mémoire, seules les consultations médicales pour infécondité datant de moins de 15 ans ont été considérées. Les questions portant sur les traitements médicaux suivis après la 1^{ère} consultation déclarée, ont été posées à tous les répondants ayant consulté eux-mêmes et/ou leur partenaire. Les traitements ont donc pu être suivis aussi bien par le répondant seul, que par le partenaire uniquement. Les informations collectées portaient sur les premiers et derniers traitements, leurs dates de début, leurs durées, leur impact sur leur qualité de vie et enfin leurs issues (grossesse, renoncement à la grossesse...).

2.2. ECHANTILLONS D'ETUDE

Quel échantillon d'étude ? Qu'est-ce que « l'exposition à l'infécondité » ?

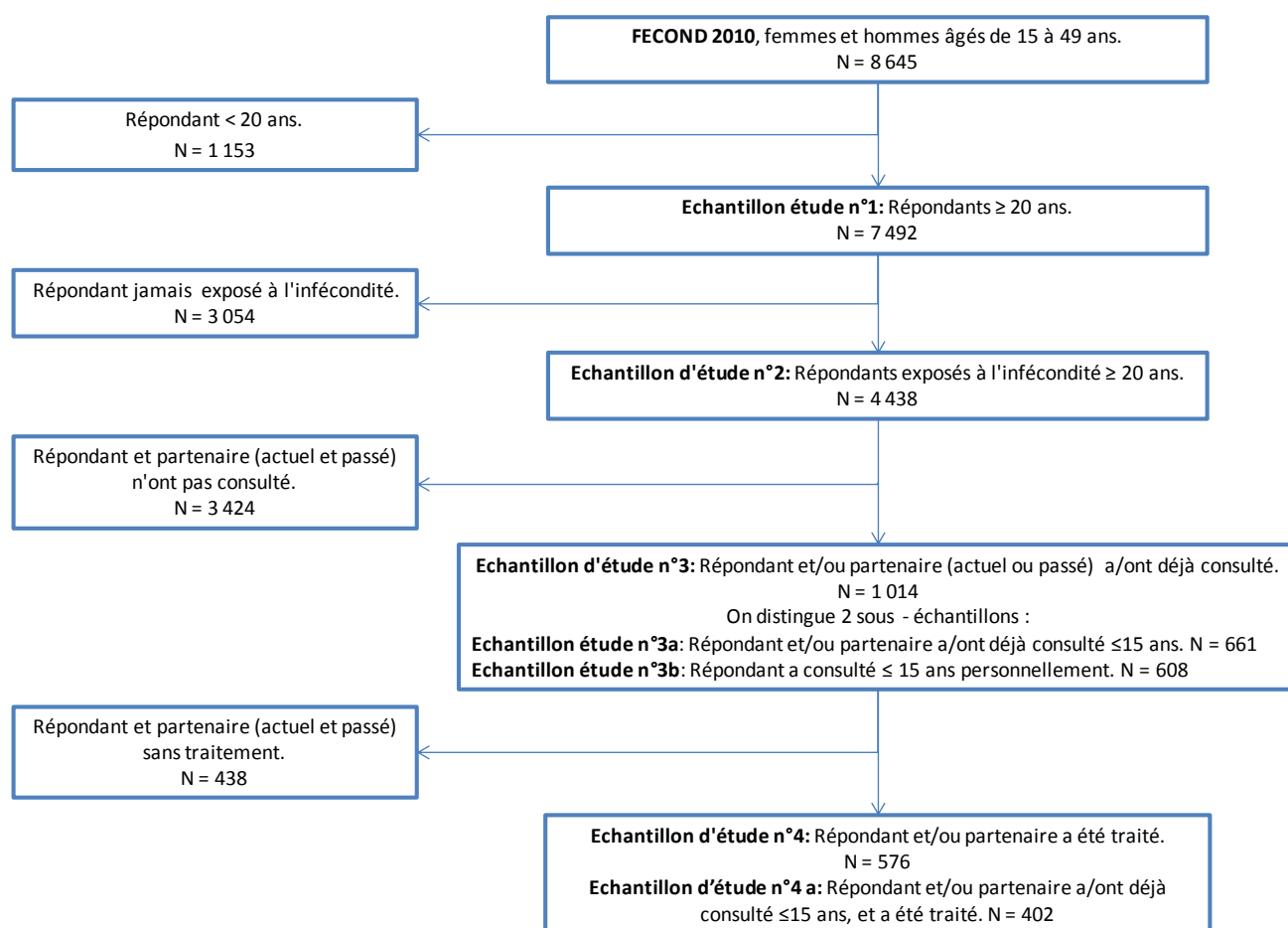
Une difficulté a été de définir l'échantillon d'étude pour l'analyse du taux de consultation pour infécondité. Il a été important de bien déterminer la population concernée par l'infécondité car les taux de consultations varient d'autant : le numérateur, le nombre de consultations pour infécondité est fixe, mais le dénominateur varie selon la définition retenue (12). Il a été nécessaire de faire un choix entre sélectionner l'ensemble de la population en âge de procréer, ou l'ensemble de la population ayant déjà été « exposé au risque d'infécondité », c'est-à-dire ayant déjà tenté d'avoir des enfants.

Seules les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels sans utilisation d'une quelconque méthode de contraception ou d'espacement des naissances, ont déjà été exposées à une infécondité involontaire et donc susceptibles d'avoir déjà consulté. Le taux de consultation sur l'ensemble de la population, est donc par définition inférieur au taux de consultation estimé dans la population ayant déjà été exposée au risque d'infécondité. La définition de la population ayant déjà été exposée à l'infécondité est complexe. Pour contourner ce problème, il est fréquent dans les études de sélectionner les femmes mariées ou dans une relation stable. Il est alors fait l'hypothèse simplificatrice que cette population est « plus » à risque d'avoir été exposée à l'infécondité. Dans le cadre de ce travail, la sélection de la population « exposée à l'infécondité » a été réalisée de manière plus fine en se basant sur les informations concernant les rapports sexuels et le recours aux méthodes contraceptives. Ainsi, la notion « d'exposé à l'infécondité » a été définie comme le fait d'avoir déjà cherché à obtenir une grossesse que ce soit dans le passé ou au moment de l'enquête (la définition exacte de cette population est présentée dans la section ci après).

La Figure 1 présente la sélection des différents échantillons d'étude pour les analyses. Quatre échantillons d'étude ont été créés et sont distingués (présentés en détail ci-après) :

- **Échantillon d'étude n°1** : ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).
- **Échantillon d'étude n°2** : les répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité (n=4 438).
- **Échantillon d'étude n°3** : les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité (n=1 014). Dans cet échantillon d'étude n°3, deux sous-échantillons ont été distingués :
 - **Échantillon d'étude n°3 a** : les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, que ce soit le partenaire ou le répondant (n=661) ;
 - **Échantillon d'étude n°3 b** : les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et dont le répondant a déjà consulté personnellement pour infécondité il y a moins de 15 ans (n=608).
- **Échantillon d'étude n°4** : les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité, ayant consulté pour infécondité et ayant été traités (n=576).
 - **Échantillon d'étude n°4 a** : les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

FIGURE 1. SELECTION DES ECHANTILLONS D'ETUDE



Les résultats sont présentés en précisant à chaque fois sur quel échantillon d'étude ils portent. Il est donc essentiel de comprendre la construction de ces quatre échantillons afin d'analyser au mieux les résultats de l'étude. Les définitions des échantillons sont détaillées ci-dessous.

Échantillon d'étude n°1 : ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans.

Au total 8 645 personnes ont participé à l'enquête, dont 7 492 étaient âgés de 20-49 ans et ont constitué l'échantillon d'étude n°1. Cet échantillon d'étude a été composé de 4 629 femmes et de 2 863 hommes.

Échantillon d'étude n°2 : répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité.

Les personnes ayant déjà été exposées au risque de rencontrer une infécondité sont celles qui ont déjà cherché à obtenir une grossesse (dans le passé ou actuellement). L'identification de cet échantillon a reposé sur plusieurs questions posées aux répondants Fecond et portant sur leur activité sexuelle, la planification de grossesses, les périodes de recherche infructueuse d'une grossesse et les périodes en cours de recherche d'une grossesse (cf. Tableau en Annexe 1 : Tableau A1).

Quatre catégories de personnes ont été identifiées comme n'ayant jamais été exposées à l'infécondité (n=3 049 répondants dont 1 579 femmes et 1 470 hommes) :

- n=228 répondants (119 femmes et 109 hommes) n'ayant jamais eu de relation sexuelle ;

- n=36 répondants hommes ayant eu des relations sexuelles exclusivement avec des hommes¹ ;
- n=2 115 répondants (1 058 femmes et 1 057 hommes) n'ayant jamais eu de grossesse et n'ayant jamais cherché à concevoir (ni lors de l'enquête ni dans le passé de manière infructueuse) ;
- n=670 répondants (402 femmes et 268 hommes) n'ayant eu qu'une ou des grossesse(s) non planifiée(s) et n'ayant jamais cherché à concevoir (ni lors de l'enquête ni dans le passé de manière infructueuse).

De plus, cinq répondants (deux femmes et trois hommes) n'ont pas répondu à la question sur les antécédents de grossesse. Ils ont été catégorisés comme non exposés et ont également été exclus de l'échantillon d'étude n°2.

Au total 3 054 répondants (dont 1 581 femmes et 1 473 hommes) étaient non exposés à l'infécondité.

Quatre catégories de personnes ont été identifiées comme ayant déjà été exposées à l'infécondité (n=4 438 répondants dont 3 048 femmes et 1 390 hommes). Elles correspondaient aux personnes ayant déjà cherché à concevoir un enfant dans le passé ou au moment de l'étude, quel que soit le résultat :

- n=4 047 répondants (2 795 femmes et 1 252 hommes) ayant déjà eu au moins une grossesse planifiée ;

¹ Les femmes homosexuelles ont été interrogées concernant les problèmes d'infécondité et sont considérées comme potentiellement exposées. Au final, dans la population exposée à l'infécondité, aucune femme ne déclare avoir des rapports exclusivement homosexuels.

- n=224 répondants (132 femmes et 92 hommes) n'ayant jamais eu de grossesse planifiée mais cherchant à concevoir au moment de l'enquête ;
- n=164 répondants (118 femmes et 46 hommes) n'ayant jamais eu de grossesse planifiée, ne cherchant pas à concevoir au moment de l'enquête mais ayant cherché sans succès à concevoir dans le passé ;
- n=3 répondants (3 femmes) en attente de confirmation d'une grossesse au moment de l'enquête.

Par la suite, la survenue d'une consultation médicale a été uniquement explorée parmi l'échantillon ayant déjà été exposé à l'infécondité. Cependant, ce classement (exposé / non exposé) présentait des limites qui ont pu être explorées à partir des consultations pour infécondité parmi l'échantillon qui n'a jamais été exposé à l'infécondité. En théorie, cette population qui n'a jamais été exposée ne devrait pas avoir consulté pour infécondité.

Dans l'enquête Fecond, malgré l'utilisation de filtres complexes, la question des consultations médicales pour infécondité a été posée à 1 104 personnes qui ont été classées dans la catégorie « n'a jamais été exposé à l'infécondité ». Parmi elles, 24 ont déclaré avoir déjà consulté (eux-mêmes) pour infécondité et trois autres ont déclaré que leur partenaire avait déjà consulté pour infécondité (Tableau A2). Ces 24 personnes ayant consulté mais qui n'ont *a priori* jamais été exposées à l'infécondité se définissaient ainsi :

- 4 ont eu une première grossesse en cours lors de l'enquête. Dans ce cas, la question sur la planification de la grossesse n'a pas été posée dans l'enquête. Cette erreur dans le questionnaire Fecond concernait en tout 79 répondants qui avaient une première grossesse lors de l'enquête.

- 12 ont eu uniquement des grossesses non planifiées mais déclaraient avoir déjà consulté pour infécondité. Cinq d'entre eux déclaraient également avoir eu recours à des traitements. Il y a donc une incohérence dans leurs déclarations.
- 6 ont eu uniquement une/des grossesse(s) se finissant en IVG. A première vue, il semble donc y avoir une incohérence dans leurs déclarations, mais il est possible que certaines grossesses obtenues par traitement se terminent par une IVG. Il a été décidé de laisser ces répondants dans la catégorie non exposé.
- 2 n'ont pas répondu sur leur désir de grossesse au moment de l'étude.

Dans l'étude des consultations médicales, ces 24 cas (ou 27 en incluant les consultations des partenaires) n'ont pas été inclus dans les analyses.

Échantillon d'étude n°3 : répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité eux-mêmes et/ou leur partenaire.

Parmi les 4 438 personnes ayant déjà été exposées à l'infécondité (échantillon d'étude n°2), 1 014 (730 femmes et 284 hommes) ont déjà consulté pour infécondité. Cette consultation médicale pouvait concerner un projet d'enfant ayant finalement mené à une grossesse, terminée ou en cours lors de l'enquête Fecond, ou ayant été arrêté sans succès. La consultation pouvait être une consultation du répondant lui-même et/ou de son partenaire actuel et/ou d'un partenaire passé.

Deux sous-échantillons ont été distingués dans l'échantillon d'étude n°3 :

- **Échantillon d'étude n°3a : répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité eux-mêmes et/ou leur partenaire, il y a moins de 15 ans.**

Parmi les 1 014 personnes ayant déjà consulté pour infécondité (échantillon d'étude n°3), 661 répondants ont soit consulté eux-mêmes il y a moins de 15 ans (par rapport à la date de l'enquête), soit leur partenaire a consulté il y a moins de 15 ans, si le répondant n'a jamais consulté. Cet échantillon était composé de 457 femmes et de 204 hommes. Une partie des questions concernant les consultations n'a été posée qu'à cet échantillon d'étude afin de limiter les biais de mémoire.

- **Échantillon d'étude n°3b : répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et où le répondant a déjà consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans.**

Parmi les 1 014 personnes ayant déjà consulté pour infécondité (échantillon d'étude n°3), 608 ont consulté personnellement pour infécondité, soit au total 451 femmes et 157 hommes. Cette distinction a été importante car certaines questions n'ont été posées uniquement pour les consultations du répondant.

Échantillon d'étude n°4 : répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité, ayant consulté pour infécondité et ayant été traités eux-mêmes et/ou leur partenaire.

Parmi les 1 014 personnes ayant déjà consulté pour infécondité (échantillon d'étude n°3), 576 répondants (412 femmes, 164 hommes) ont reçu au moins un traitement ou ont eu une intervention pour avoir un enfant, eux-mêmes et/ou leur partenaire.

- **Échantillon d'étude n°4 a : répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités.**

Parmi les 661 répondants ayant consulté eux-mêmes et/ou leur partenaire il y a moins de 15 ans (échantillon n°3a), 402 répondants (267 femmes, 135 hommes) ont reçu au moins un traitement ou ont eu une intervention pour avoir un enfant, eux-mêmes et/ou leur partenaire.

Pour simplifier la lecture de ce document, les termes « consultants » / « consultés » renvoient aux répondants ayant consulté eux même et/ ou leur partenaire. Lorsque les répondants ont consulté personnellement, cela est précisé dans le texte. De même pour les prises en charge, le terme « traités » renvoie aux cas où les répondants ont été traités eux même et/ou leur partenaire.

2.3. PREPARATION DES DONNEES

Certaines variables ont été recodées en fonction des questions ouvertes du questionnaire. Cela fut en particulier le cas pour les questions concernant les traitements et techniques suivis dans le cadre de la prise en charge de l'infécondité. Parmi les 112 réponses ouvertes sur les traitements et techniques, 11 corrections ont été apportées selon les règles suivantes :

- Ont été classé dans la catégorie « autre traitement » : le Parlodel (qui favorise la fécondité en cas d'hyper prolactinémie), les traitements corticoïdes (qui favorisent la fécondité en cas de syndrome des anti phospholipides).
- A été classé dans la catégorie « inducteur d'ovulation » le Duphaston.
- Les « transferts d'embryons congelés (TEC) » ont été regroupés avec la FIV (à noter que tous les répondants ayant déclaré avoir eu un TEC avaient aussi déclaré avoir eu une FIV dans leur parcours de soins).

Après ces corrections, le nombre de traitements suivis a été recalculé afin de prendre en compte les corrections apportées. Il a également été décidé d'exclure les médecines douces, les techniques de détermination de l'ovulation et les transferts d'embryons congelés (désormais regroupés avec les FIV). Chaque « autre traitement » ou « intervention » a été pris en compte dans ce calcul, bien qu'il ne fût pas possible de connaître la nature de ces actes.

Le nombre de traitements était utilisé comme variable filtre dans le questionnaire Fecond. En particulier, elle servait à déterminer le premier et le dernier traitement suivi. Les corrections faites sur les traitements suivis ont donc eu des conséquences pour les autres questions : certaines personnes n'ont pas répondu à des questions tandis que d'autres y ont répondu « à tort » au regard des données corrigées. Cette difficulté a concerné un nombre très restreint

d'individus : 16 répondants changeant de catégories entre zéro, un et deux traitements (cinq répondants passant d'un traitement à zéro; six répondants passant de ≥ 2 traitements à un traitement; et quatre répondants passant de un à deux traitements).

2.4. CREATION DES VARIABLES DE L'ETUDE

Les variables de l'analyse sont présentées ci-après. Certaines variables de la base de donnée initiale ont dû être modifiées afin d'être adaptées aux analyses. Ainsi plusieurs variables socio professionnelles, ou variables concernant les modalités de prise en charge, ont été retravaillées, dans les conditions précisées ci-dessous.

- **Nombre d'enfants du répondant :** le nombre d'enfants correspondait au nombre d'enfants du répondant, et a exclu les enfants du partenaire.
- **Niveau d'études du répondant :** la variable niveau d'études du répondant, initialement à neuf modalités de réponse, a été recodée en trois modalités : Niveau d'études inférieur au Baccalauréat (regroupant les catégories « sans diplôme », « certificat d'études », « CAP », « brevet, BEPC » et « BEP »), Baccalauréat (regroupant « Baccalauréat d'enseignement technique » et « Baccalauréat d'enseignement général »), et supérieur au Baccalauréat (regroupant les catégories diplômes de l'enseignement supérieur de 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} cycle).
- **Nationalité du répondant :** les modalités de réponse initiales prenaient en compte les doubles nationalités étrangère/française de naissance ou par acquisition mais les effectifs dans ces deux dernières catégories étaient très faibles. Les doubles nationalités « française de naissance et étrangère » et « française par acquisition et étrangère » ont été regroupées respectivement avec les modalités « française de naissance » et « française par acquisition », pour obtenir une nouvelle variable composée à 3 modalités, « française de naissance », « française par acquisition » et « étrangère ».

- **Catégorie socio-professionnelle** : plusieurs questions ont été posées afin de déterminer précisément la catégorie socio professionnelle (CSP) du répondant. Une CSP en huit modalités a été créée. La modalité « inactif » regroupe les étudiants, les personnes retraitées, au chômage, les femmes ou hommes au foyer, inactifs avec pensions d'invalidité ou encore en congés longue durée.

- **Revenus mensuels du foyer** : ils correspondaient aux revenus nets incluant les revenus de tous les membres du foyer, y compris les allocations et les revenus financiers.

- **Sujets abordés en consultation** : le codage initial des variables ne permettait pas de différencier les personnes répondant par la négative et les personnes n'ayant pas répondu à la question. Il a donc été construit via les filtres, une nouvelle modalité. La modalité « question non posée » a été rajoutée en utilisant les filtres du questionnaire.

- **Causes de l'infécondité** : 14 modalités de réponses étaient proposées, plusieurs causes pouvant être indiquées. Ces données ont été regroupées en cinq catégories : cause uniquement masculine / uniquement féminine / mixte / cause inconnue / autre. Les causes féminines ont regroupé « trompe bouchée », « problème d'ovulation / aux ovaires », « endométriose », « problème de la glaire cervicale », « anomalie de l'utérus ou du col de l'utérus » et « cause féminine sans précision ». Les causes masculines ont regroupé : « faible qualité du sperme », « problème de l'appareil reproducteur masculin », « cause masculine sans précision ». La catégorie « cause inconnue » était exclusive (c.à.d. aucune autre modalité de réponse ne pouvait être choisie) et la catégorie « autres » regroupait toute personne déclarant une cause « psychosomatique/stress », « problèmes hormonaux », « autre » ou encore ne déclarant aucune réponse positive aux différentes modalités. Enfin toutes les personnes répondant par la

négative à toutes les modalités (y compris pour « autre » et « pas de cause trouvée ») ont été regroupées dans refus/ne sait pas.

- **Traitement pour infécondité :** la question initiale proposait six modalités de réponse, qui étaient l'inducteur d'ovulation, la FIV ou l'ICSI, l'IAC, l'IAD, l'intervention chirurgicale, et autre traitement. Pour les autres traitements, une question permettait de préciser son type. Les vitamines, les médecines douces et les méthodes de détermination d'ovulation ont été exclues.

- **Age du répondant au moment de sa première consultation :** l'âge du répondant au moment de sa première consultation a été obtenu en prenant l'âge du répondant au moment du questionnaire et le nombre d'années écoulées depuis la première consultation.

2.5. METHODES D'ANALYSE

L'ensemble des effectifs présentés sont des effectifs bruts. Toutes les autres statistiques ont été pondérées afin de restituer la structure de la population française. Les pondérations utilisées sont normalisées sur l'ensemble de l'échantillon. Pour les analyses par sexe, les pondérations ont été normalisées sur les sous-échantillons d'hommes ou de femmes (53).

L'enquête a inclus 8 645 répondants issus d'une population totale de 28 119 900 individus âgés de 15 à 49 ans en France. La non participation à l'enquête a pu modifier la structure de l'échantillon, le déformant par rapport à la structure de la population cible. Le calage permet d'imposer à l'échantillon une structure avec des répartitions, selon chacune des variables de calage, identiques à celles de la population cible (en se basant sur les données issues du recensement rénové de la population 2008). Les caractéristiques utilisées ont été le sexe, l'âge, le statut marital/ de cohabitation (en couple, vie avec des parents, autres), le niveau d'études, la situation professionnelle (employé ou non), le lieu de naissance (France/ étranger) la taille du ménage et le lieu de résidence.

L'enquête Fecond a collecté des données sur l'infécondité non seulement auprès des femmes mais également auprès des hommes, ce qui est très rarement le cas dans les enquêtes de ce type. La majorité des analyses a comparé les déclarations des répondants selon leur sexe. Cette méthodologie a permis de distinguer et de discuter l'apport des déclarations masculines sur la thématique de la prise en charge de l'infécondité. L'interprétation des différences entre hommes et femmes doit être menée avec précaution car les différences trouvées selon le sexe, peuvent être le résultat aussi bien d'une différence de comportement effective que d'un biais

déclaratif. Faire la distinction entre ces deux éléments a pu se révéler ardu, et quand cela a été nécessaire un commentaire a été rajouté dans la suite du document. Il est nécessaire de garder à l'esprit cette double interprétation afin de comprendre au mieux les résultats présentés.

Un test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes selon le sexe des répondants (ex : moyenne de l'âge des répondants). Un test de Chi 2 a été utilisé pour comparer les distributions des caractéristiques selon le sexe des répondants. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à cinq, il a été envisagé d'utiliser le test exact de Fisher. Cependant ce test n'était pas utilisable avec une pondération dans Stata. Ainsi, une stratégie de regroupement des modalités a été préférée lorsque les effectifs étaient insuffisants pour un Chi 2. Lorsque les regroupements ont été jugés non pertinents, les effectifs théoriques pondérés ont été calculés et intégrés dans la formule mathématique du test exact de Fisher, permettant ainsi de faire le test malgré les restrictions du logiciel Stata.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel STATA 13.

3. RESULTATS

3.1. DESCRIPTION DES ECHANTILLONS

3.1.1. ECHANTILLON FECOND AGE DE 20-49 ANS

L'échantillon de la base Fecond est composé de 4 629 femmes et de 2 863 hommes, âgés de 20 à 49 ans, pour un âge moyen de 35 ans. Le nombre de répondants est relativement stable par catégorie d'âge (Tableau 1). Moins de 7% des répondants sont de nationalité étrangère.

Concernant le niveau d'études, 45% des répondants n'ont pas le baccalauréat, avec une proportion significativement plus élevée pour les hommes. Les employés sont les plus représentés dans l'échantillon avec 24% des répondants, suivis ensuite par les ouvriers avec 22%, les professions intermédiaires (19%) et les cadres et professions libérales (17%). Les distributions diffèrent selon les hommes et les femmes, ces dernières semblant être plus souvent employées ou inactives que les hommes et moins souvent ouvrières. Pour les revenus du foyer, les distributions diffèrent et semblent inférieures pour les répondantes féminines.

En ce qui concerne la situation familiale, 79,9% des répondants sont en couple au moment de l'étude, et près de 40% d'entre eux n'ont aucun enfant. La moyenne est de 1,3 enfant pour les femmes et de 1,0 enfant pour les hommes. Les femmes sont un peu plus souvent en couple que les hommes et sont plus souvent parents.

TABLEAU 1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON FECOND AGE DE 20-49 ANS

Caractéristiques ^(a)	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=7 492)	
	Femme (n=4 629)	Homme (n=2 863)		
Sexe du répondant	n=4 629	n=2 863	n=7 492	0,981
Femme	100,0	0,0	50,6	
Homme	0,0	100,0	49,4	
Age	n=4 629	n=2 863	n=7 492	0,416
20-24 ans	12,9	13,6	13,3	
25-29 ans	16,0	15,8	15,9	
30-34 ans	16,6	16,5	16,5	
35-39 ans	18,0	18,2	18,1	
40-44 ans	18,4	18,2	18,3	
45-49 ans	18,1	17,7	17,9	
Nationalité du répondant	n=4 628	n=2 861	n=7 489	<0,001
Française de naissance	88,1	88,3	88,2	
Française par acquisition	5,6	4,7	5,2	
Etrangère	6,3	7,0	6,6	
Niveau d'études du répondant	n=4 626	n=2 860	n=7 486	<0,001
Niveau < Bac	40,7	49,4	45,0	
Niveau Bac	21,1	19,3	20,2	
Niveau > Bac	38,2	31,4	34,8	
Catégorie socio professionnelle	n=4 590	n=2 837	n=7 427	<0,001
Agriculteur	0,4	1,4	0,9	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2,2	5,9	4,0	
Cadre, profession libérale	16,0	18,0	17,0	
Profession intermédiaire	19,4	18,5	19,0	
Employé	36,0	11,9	24,1	
Ouvrier	8,6	35,9	22,1	
Inactif	17,4	8,3	12,9	
Revenus mensuel du foyer (euros)	n=4 388	n=2 722	n=7 110	<0,001
Moins de 1 500	27,7	20,5	24,1	
De 1 500 à 2 500	31,1	32,0	31,6	
De 2 500 à 3 500	24,5	26,4	25,5	
Plus de 3 500	16,6	21,1	18,9	
Nombre d'enfants du répondant	n=4 629	n=2 863	n=7 492	<0,001
0 enfant	33,8	45,7	39,7	
1 enfant	18,7	16,0	17,4	
≥ 2 enfants	47,4	38,3	42,9	
Partenaire actuellement	n=4 629	n=2 863	n=7 492	0,049
Pas de partenaire actuellement	19,0	21,2	20,1	
Un partenaire actuellement	81,0	78,8	79,9	
Exposition à l'infécondité	n=4 629	n=2 863	n=7 492	<0,001
Oui	66,5	52,9	59,7	
Non	33,5	47,1	40,3	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°1, c.à.d. ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les caractéristiques entre 7 110 et 7 492 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des caractéristiques selon le sexe du répondant.

3.1.2. ECHANTILLON AYANT DEJA ETE EXPOSE A L'INFECONDITE

Le Tableau 2 présente les caractéristiques de l'échantillon ayant déjà été exposé à l'infécondité. La population ayant déjà été exposée à l'infécondité possède des caractéristiques un peu différentes de celles de la population générale présentée dans la partie précédente. Les résultats du Tableau 2 révèlent que l'échantillon exposé, c'est-à-dire ayant déjà recherché une grossesse, est majoritairement (90%) en couple au moment de l'étude, et a majoritairement des enfants (89%). Les femmes semblent plus présentes dans l'échantillon exposé que dans l'échantillon de 20-49 ans (56,3% vs 50,6%), et les exposés à l'infécondité sont plus âgés (38,6 ans en moyenne vs 35,4 ans respectivement).

Les distributions de l'âge des répondants diffèrent selon le sexe, les hommes ayant déjà été exposés semblant être plus âgés que les femmes. Cependant en regardant la moyenne d'âge des répondants, elle est respectivement de 38,5 ans et de 38,8 ans pour les hommes et les femmes ($p=0,138$). En regardant plus précisément ces données, il s'avère que les représentations des distributions sont parallèles entre les hommes et femmes jusqu'à 35 ans et que les femmes ont un pic de leur distribution vers 38 ans alors que pour les hommes, la distribution est stable à partir de 35 ans (Figure 2). Comme dans l'échantillon des 20-49 ans, les distributions des niveaux d'études et de la CSP diffèrent sans évolution notable entre les tableaux 1 et 2. De même pour les revenus du foyer restant différents, et ce en faveur de revenus plus élevés pour les hommes.

Néanmoins contrairement au tableau précédent (Tableau 1), les distributions du nombre d'enfants ne diffèrent plus entre les femmes et les hommes ($p=0,081$) et les hommes exposés

à l'infécondité sont plus souvent en couple que les femmes ($p < 0,001$) alors que c'était l'inverse dans la population générale. La population exposée à l'infécondité semble donc représenter une population distincte de la population âgée de 20-49 ans.

TABLEAU 2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON FECOND AGE DE 20-49 ANS
EXPOSE A L'INFECONDITE

Caractéristiques ^(a)	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=4 438)	
	Femme (n=3 048)	Homme (n=1 390)		
Sexe du répondant	n=3 048	n=1 390	n=4 438	0,010
Femme	100,0	0,0	56,3	
Homme	0,0	100,0	43,7	
Age	n=3 048	n=1 390	n=4 438	0,010
20-24 ans	3,3	1,6	2,6	
25-29 ans	10,7	8,7	9,8	
30-34 ans	18,7	17,6	18,2	
35-39 ans	22,4	23,2	22,8	
40-44 ans	23,1	24,3	23,6	
45-49 ans	21,9	24,6	23,1	0,549
Nationalité du répondant	n=3 047	n=1 389	n=4 436	
Française de naissance	88,0	86,8	87,5	
Française par acquisition	5,9	5,8	5,9	
Etrangère	6,1	7,4	6,7	<0,001
Niveau d'études du répondant	n=3 047	n=1 389	n=4 436	
Niveau < Bac	46,8	53,5	49,9	
Niveau Bac	18,6	16,4	17,6	
Niveau > Bac	34,6	30,0	32,6	<0,001
Catégorie socio professionnelle	n= 3 022	n=1 379	n=4 401	
Agriculteur	0,5	1,8	1,1	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2,8	7,7	4,9	
Cadre, profession libérale	15,7	20,7	17,9	
Profession intermédiaire	18,7	20,0	19,3	
Employé	39,0	10,0	26,3	
Ouvrier	9,3	37,2	21,5	
Inactif	13,8	2,3	8,8	
Revenus mensuel du foyer (euros)	n=2 937	n=1 355	n=4 292	<0,001
Moins de 1 500	22,9	12,8	18,5	
De 1 500 à 2 500	30,9	29,5	30,3	
De 2 500 à 3 500	26,6	32,3	29,1	
Plus de 3 500	19,6	25,4	22,2	
Nombre d'enfants du répondant	n= 3 048	n=1 389	n=4 437	0,081
0 enfant	9,9	12,4	11,0	
1 enfant	23,0	23,1	23,1	
≥ 2 enfants	67,1	64,5	66,0	
Partenaire actuellement	n=3 048	n=1 390	n=4 438	<0,001
Pas de partenaire actuellement	12,2	6,1	9,5	
Un partenaire actuellement	87,8	93,9	90,5	

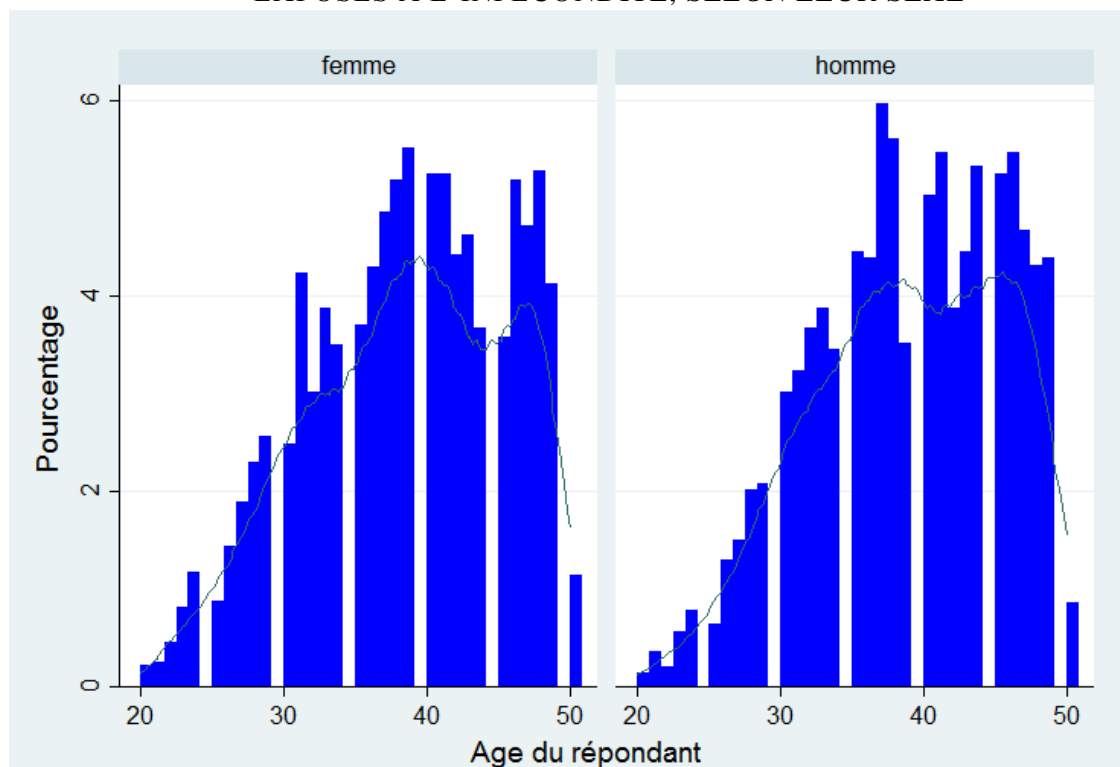
Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°2, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité (n=4 438).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les caractéristiques entre 4 292 et 4 438 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des caractéristiques selon le sexe du répondant.

FIGURE 2. HISTOGRAMME DES DISTRIBUTIONS DE L'AGE DES REpondANTS EXPOSES A L'INFECONDITE, SELON LEUR SEXE



Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°2, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité (n=4 438).

3.2. CONSULTATIONS ET TRAITEMENTS EN CAS D'INFECONDITE

3.2.1.TAUX DE CONSULTATION ET DE TRAITEMENT

Les principaux résultats sur les taux de consultation et de traitement sont présentés dans le Tableau 3. Le taux de consultation est de 15,8% pour les femmes et de 10,9% pour les hommes appartenant à la population de 20-49 ans. Il s'élève à 23,8% pour les femmes et à 20,7% pour les hommes parmi les répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité. Le taux de traitement est de 8,8% et de 6,1% respectivement parmi les femmes et hommes âgés de 20-49 ans, et de 13,2% et de 11,5% respectivement parmi les répondant-es ayant déjà été exposés à l'infécondité. Dans l'échantillon ayant consulté, le taux de traitement atteint plus de un répondant sur deux.

Comme le laissait envisager les distributions du nombre d'enfants des tableaux précédents (Tableau 1 et Tableau 2), les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà essayé d'avoir un enfant (et donc avoir déjà été exposées à l'infécondité) que les hommes (66,5% vs 52,9%, $p<0,001$). De plus elles déclarent plus souvent une consultation pour infécondité (pour rappel, il s'agit de consultation du répondant et/ou du partenaire) et plus souvent avoir suivi un traitement que les hommes, que ce soit dans l'échantillon des répondants âgés de 20-49 ans ($n=7\ 492$), ou des répondants exposés à l'infécondité ($n=4\ 438$).

**TABLEAU 3. TAUX DE CONSULTATION ET DE TRAITEMENT
DANS LES TROIS ECHANTILLONS D'ETUDE**

Principaux résultats	Taux (%)			P value ^(a)
	Sexe du répondant		Total	
	Femme	Homme		
Ensemble des répondants de 20 - 49 ans ^(b)				
A déjà été exposé à l'infécondité	66,5	52,9	59,7	<0,001
A déjà consulté pour infécondité	15,8	10,9	13,4	<0,001
A déjà été traité pour infécondité	8,8	6,1	7,4	<0,001
Répondants exposés à l'infécondité ^(c)				
A déjà consulté pour infécondité	23,8	20,7	22,5	0,042
A déjà été traité pour infécondité	13,2	11,5	12,5	0,045
Répondants ayant consulté ^(d)				
A déjà été traité pour infécondité	55,5	55,6	55,5	0,121

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°1, c.à.d. ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).

Notes : (a) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux selon le sexe du répondant.

(b) Echantillon d'étude n°1, c.à.d. ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).

(c) Echantillon d'étude n°2, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité (n= 4 438).

(d) Echantillon d'étude n°3, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté eux mêmes et/ou leur partenaire (n= 1 014).

Bien que ces différences soient significatives statistiquement, il est nécessaire de noter que les différences de déclaration homme - femme, tendent à s'atténuer entre les deux échantillons. En effet, dans l'échantillon des répondants âgés de 20-49 ans la différence sur le taux de consultation est de près de 5% soit près de 1/3 de consultation en moins pour les hommes par rapport aux femmes (Tableau 3). Dans l'échantillon exposé à l'infécondité, cette différence est de 3% soit près de 1/7 de consultation en moins pour les hommes.

Une tendance similaire est observée pour les traitements (Tableau 3). Les taux de traitements sont significativement différents dans les deux premiers échantillons (c'est-à-dire échantillon d'étude âgée de 20-49 ans et échantillon d'étude exposé à l'infécondité) du tableau mais ne diffèrent pas parmi les répondants ayant consulté (p=0,121).

3.2.2. CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTS

Le Tableau 4 présente les caractéristiques de l'échantillon ayant déjà consulté pour infécondité, que ce soit le répondant et/ou le partenaire qui ait consulté. Par rapport à l'échantillon exposé à l'infécondité (Tableau 2), la proportion d'homme dans l'échantillon ayant consulté est du même ordre de grandeur, bien qu'un peu moins élevée (43,7% vs 40,3%). Les autres distributions entre ces deux échantillons apparaissent très proches, hormis pour le nombre d'enfants. En effet 17,8% de répondants ayant consulté n'ont pas d'enfant, alors qu'ils sont uniquement 11% dans la population ayant déjà été exposée à l'infécondité. Les autres distributions par sexe sont proches de celles observées sur l'échantillon de répondants exposés.

Les distributions des niveaux d'études, la CSP et le revenu du foyer diffèrent toujours selon le sexe du répondant, avec une situation sociale plus défavorable des femmes. De plus, les femmes sont toujours moins souvent en couple que les hommes (89,1% vs 95,5%, $p=0,002$). A noter aussi que les distributions d'âge ne diffèrent pas entre les hommes et les femmes déclarant une consultation (contrairement à ce qui était observé par les exposés à l'infécondité).

Ainsi il est probable que les différences de distribution observées dans le Tableau 4 soient majoritairement expliquées par les différences de distributions de l'échantillon d'étude dit exposé à l'infécondité.

TABLEAU 4. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON AYANT DEJA CONSULTE POUR INFECNDITE

Caractéristiques ^(a)	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=1 014)	
	Femme (n=730)	Homme (n=284)		
Sexe du répondant	n=730	n=284	n=1 014	0,841
Femme	100,0	0,0	59,7	
Homme	0,0	100,0	40,3	
Age	n=730	n=284	n=1 014	0,921
20-24 ans	2,0	1,4	1,8	
25-29 ans	10,9	11,3	11,1	
30-34 ans	17,4	19,5	18,2	
35-39 ans	23,9	26,1	24,8	
40-44 ans	25,6	22,0	24,2	
45-49 ans	20,2	19,7	20,0	
Nationalité du répondant	n=729	n=283	n=1 012	0,005
Française de naissance	88,3	89,4	88,7	
Française par acquisition	5,7	5,4	5,6	
Etrangère	6,0	5,2	5,7	<0,001
Niveau d'études du répondant	n=730	n=284	n=1 014	
Niveau < Bac	44,9	56,7	49,6	
Niveau Bac	18,9	16,4	17,9	
Niveau > Bac	36,3	26,9	32,5	
Catégorie socio professionnelle	n=723	n=282	n=1 005	
Agriculteur	0,8	1,9	1,2	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2,5	5,4	3,6	0,015
Cadre, profession libérale	16,3	22,5	18,8	
Profession intermédiaire	20,2	20,5	20,3	
Employé	38,6	11,3	27,6	
Ouvrier	9,7	35,2	20,0	
Inactif	12,0	3,2	8,5	
Revenus mensuel du foyer (euros)	n=711	n=277	n=988	
Moins de 1 500	21,5	15,0	18,9	0,185
De 1 500 à 2 500	31,5	27,4	29,8	
De 2 500 à 3 500	27,9	29,3	28,4	
Plus de 3 500	19,1	28,4	22,8	
Nombre d'enfants du répondant	n=730	n=284	n=1 014	0,002
0 enfant	16,0	20,6	17,8	
1 enfant	24,7	26,8	25,5	
≥ 2 enfants	59,3	52,6	56,6	
Partenaire actuellement	n=730	n=284	n=1 014	
Pas de partenaire actuellement	10,9	4,5	8,3	
Un partenaire actuellement	89,1	95,5	91,7	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité eux-mêmes et/ou leur partenaire (n= 1 014).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les caractéristiques entre 988 et 1 014 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des caractéristiques selon le sexe du répondant.

3.2.3. PREMIERE CONSULTATION

Les répondants lors de la première consultation sont relativement jeunes, puisque pour 60,7% d'entre eux, la consultation se produit avant 30 ans (Tableau 5). Ce résultat doit être interprété en gardant en tête l'effet de troncature lié à l'âge au moment de l'enquête (variant entre 20 et 49 ans). De plus, il s'agit ici de la première consultation dans le couple, entre le répondant et le partenaire. Par ailleurs, les distributions diffèrent selon le sexe du répondant : les hommes déclarent des âges de première consultation plus élevés que les femmes.

TABLEAU 5. AGE DU REpondant LORS DE LA 1^{ERE} CONSULTATION

Age du répondant lors de la 1 ^{ère} consultation	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=928 ^(a))	
	Femme (n=674)	Homme (n=254)		
< 25 ans	26,5	12,4	21,0	<0,001
25-29 ans	37,8	42,5	39,7	
30-34 ans	23,3	28,5	25,3	
35-39 ans	9,1	12,2	10,3	
≥ 40 ans	3,4	4,3	3,7	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté eux mêmes et/ou leur partenaire (n=1 014).

Notes : (a) Parmi les 1 014, 86 sont exclus car l'information sur la date de consultation est manquante.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des âges selon le sexe du répondant.

Le tableau 6 présente une description de « qui » a consulté au sein du couple. Les déclarations des femmes et des hommes sont concordantes. Dans 61,4% des cas, la consultation a lieu en couple, dans 35,5% seule la femme consulte et dans 3,1% des cas seul l'homme consulte (Tableau 6). Ces résultats doivent également être lus en gardant en tête un possible effet de troncature : les conjoints qui n'ont pas consulté, pourraient le faire après la date de l'enquête. L'analyse de l'ordre de consultation au sein des couples révèle que dans 40,5% des cas la 1^{ère} consultation est une consultation de couple, dans 53,9% (35,5%+18,4%) des cas les femmes

consultent seules initialement, et c'est seulement 4,3% (3,1%+1,2%) des hommes qui consultent seuls.

TABLEAU 6. PERSONNE AYANT CONSULTE DANS LE COUPLE

Personne ayant consulté dans le couple	Distribution (%)			P value ^(a)
	Sexe du répondant		Total (n=1 014)	
	Femme (n=730)	Homme (n=284)		
Femme seule	38,9	30,5	35,5	0,074
Homme seul	2,5	3,9	3,1	
Femme et homme, incluant:	58,7	65,6	61,4	
Ensemble lors de la 1 ^{ère} consultation	35,0	48,7	40,5	
Femme seule lors de la 1 ^{ère} consultation	20,8	14,9	18,4	
Homme seul lors de la 1 ^{ère} consultation	1,8	0,3	1,2	
Ne sait pas qui a consulté en 1 ^{er}	1,1	1,8	1,3	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté eux-mêmes et/ou leur partenaire (n=1 014).

Notes : (a) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux de consultation selon le sexe du répondant.

Le délai médian s'écoulant entre le début de la recherche de grossesse et la 1^{ère} consultation médicale est semblable entre les femmes et les hommes. Il est de 12 mois (min=1 mois, max=156 mois soit 13 ans, 1^{er} quartile = 6 mois, 3^{ème} quartile = 24 mois)² (échantillon d'étude n°3a).

Ces délais sont présentés dans le Tableau 7, après regroupement en classes. Dans 38,2% des cas, les consultations ont lieu dans les 12 premiers mois de recherche d'une grossesse et dans 26,7% des cas à 12 mois. Au total dans 64,9% des cas, le recours aux consultations semble « précoce » (au cours de la première année). Cependant, il y a probablement un effet

² Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

déclaratif d'attraction des 12 mois, les répondants étant plus enclins à répondre 12 mois que 13 ou 15 mois. Les distributions sont proches chez les femmes et chez les hommes.

TABLEAU 7. DELAIS DE RECHERCHE DE GROSSESSE

Délais de recherche	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=596 ^(a))	
	Femme (n=445)	Homme (n=151)		
< 12 mois	39,9	35,1	38,2	0,316
12 mois	28,0	24,3	26,7	
13 à 24 mois	20,8	28,7	23,7	
≥ 25 mois	11,2	11,9	11,4	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) Parmi les 608, 12 sont exclus.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des délais selon le sexe du répondant.

L'information sur le premier médecin rencontré concerne le médecin vu par le répondant, y compris si le répondant n'a pas consulté en premier. Dans le Tableau 8, les distributions du premier médecin rencontré diffèrent entre les hommes et les femmes ($p < 0.001$). Les hommes déclarent plus souvent avoir consulté en premier un médecin hospitalier que les femmes (48,9% vs 34,8%). Ainsi la modalité la plus fréquente pour les hommes est le recours en premier à un gynécologue hospitalier (34,7%) alors qu'il s'agit du gynécologue en cabinet pour les femmes (53,5%). Au total, près de 65% des hommes ont consulté un gynécologue en premier contre 84,5% des femmes. Ces différences reflètent probablement une réalité dans le recours médical en cas d'infécondité, les femmes ayant plus facilement recours aux consultations de gynécologues en ville en premier, et les hommes ayant plus recours aux médecins généralistes et autres spécialistes.

Dans un second temps, l'analyse du 1^{er} professionnel de santé rencontré a été menée en se restreignant aux répondants ayant eu leur 1^{ère} consultation en couple (Tableau 8). Les distributions basées sur les déclarations des femmes et des hommes sont alors similaires.

Lorsque la 1^{ère} consultation n'est pas réalisée en couple, les différences de déclarations entre les hommes et les femmes apparaissent dans le recours au gynécologue. Les femmes vont voir un gynécologue (en cabinet ou à l'hôpital) dans 90,2% des cas contre 44,7% des cas pour les hommes. Comme énoncé plus haut, ces résultats soulignent des différences de recours médical selon le sexe du répondant. Néanmoins il peut être surprenant que 44% des hommes déclarent avoir consulté en premier et seuls un gynécologue : il est probable qu'il s'agisse du gynécologue de leur partenaire. Au vu des faibles effectifs concernés (n=47 hommes) les résultats sont difficilement généralisables.

TABLEAU 8. SPECIALITE DU 1^{ER} MEDECIN CONSULTE PAR LE REpondANT

Premier médecin consulté	Distribution (%)		Total	P value ^(a)
	Sexe du répondant			
	Femme	Homme		
Médecin consulté ^(b)				
Médecin de ville	65,3	51,1	60,1	<0,001
Généraliste	11,8	21,3	15,2	
Gynécologue en cabinet	53,5	29,8	44,9	
Médecin hospitalier	34,8	48,9	39,8	
Gynécologue hospitalier	31,0	34,7	32,3	
Autre spécialiste	3,8	14,2	7,5	
Médecin consulté quand 1^{ère} consultation est faite en couple ^(c)				
Médecin de ville	58,0	52,6	55,2	0,759
Généraliste	18,3	18,1	18,2	
Gynécologue en cabinet	39,7	34,5	37,0	
Médecin hospitalier	42,1	47,4	44,9	
Gynécologue hospitalier	35,5	37,6	36,6	
Autre spécialiste	6,6	9,8	8,3	
Médecin consulté quand 1^{ère} consultation n'est pas faite en couple ^(d)				
Médecin de ville	69,8	48,6	65,3	<0,001
Généraliste	7,8	30,9	12,7	
Gynécologue en cabinet	62,0	17,7	52,6	
Médecin hospitalier	30,2	51,4	34,7	
Gynécologue hospitalier	28,2	27,0	27,9	
Autre spécialiste	2,0	24,4	6,8	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des spécialités selon le sexe du répondant.

(b) Parmi les 608, 7 sont exclus (n=601).

(c) Parmi les 608 répondants, 333 sont exclus, dont 308 pour ne pas avoir consulté en même temps avec leur partenaire, 5 pour refus/NSP (n=275).

(d) Parmi les 608 répondants, 282 sont exclus, 280 pour avoir consulté en même temps avec leur partenaire, 2 pour refus/NSP (n=326).

Lorsqu'il est demandé au répondant s'il s'est senti soutenu par le 1^{er} médecin (Tableau 9), 82,9% ont répondu se sentir plutôt ou tout à fait soutenus. Aucune différence significative n'est observée entre les déclarations des hommes et des femmes.

TABLEAU 9. SOUTIEN PAR LE 1^{ER} MEDECIN

Soutien par le 1 ^{er} médecin	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=567 ^(a))	
	Femme (n=424)	Homme (n=143)		
Tout à fait	58,7	57,3	58,2	0,829
Plutôt	23,7	26,4	24,7	
Pas du tout	17,6	16,3	17,1	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) Parmi les 608 répondants, 41 sont exclus.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des ressentis selon le sexe du répondant

3.2.4. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES TRAITEES

Le Tableau 10 décrit l'échantillon ayant consulté depuis moins de 15 ans et ayant déjà suivi au moins un traitement que ce soit le répondant et/ou son partenaire qu'il l'ait suivi (échantillon d'étude n°4a). La proportion de répondantes femmes (66,4%) augmente par rapport à celle des répondantes ayant déjà consulté (59,7%).

Certaines distributions de caractéristiques semblent différentes par rapport à la population ayant consulté (Tableau 4). L'échantillon traité semble plus jeune (moins de répondants âgés de 45-49 ans, 6,7% vs 20,0%), et avoir un niveau scolaire plus élevé (Niveau > Bac : 41,0% vs 32,5%).

Les différences de distribution selon le sexe du répondant, perdurent pour le niveau d'études ($p=0,034$), et la CSP ($p<0,001$). Cependant elles disparaissent en ce qui concerne les revenus du foyer et la présence d'un partenaire au moment de l'enquête.

TABLEAU 10. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON AYANT DEJA SUIVI UN TRAITEMENT

Caractéristiques ^(a)	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=402)	
	Femme (n=267)	Homme (n=135)		
Sexe du répondant	n=267	n=135	n=402	.
Femme	100,0	0,0	53,7	0,286
Homme	0,0	100,0	46,3	
Age	n=267	n=135	n=402	
20-24 ans	2,2	2,0	2,1	
25-29 ans	14,6	8,9	12,0	
30-34 ans	18,3	28,4	23,0	
35-39 ans	33,6	32,0	32,8	
40-44 ans	25,1	21,5	23,4	
45-49 ans	6,2	7,2	6,7	
Nationalité du répondant	n=267	n=135	n=402	0,910
Française de naissance	87,6	86,3	86,5	
Française par acquisition	5,9	7,3	6,5	
Etrangère	7,4	6,4	7,0	
Niveau d'études du répondant	n=267	n=135	n=402	0,034
Niveau < Bac	35,9	50,1	42,5	
Niveau Bac	16,8	16,0	16,5	
Niveau > Bac	47,2	33,9	41,0	
Catégorie socio professionnelle	n=263	n=135	n=398	<0,001
Agriculteur	1,5	1,6	1,6	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1,9	6,1	3,9	
Cadre, profession libérale	21,8	25,2	23,4	
Profession intermédiaire	22,6	21,3	22,0	
Employé	36,7	11,5	24,9	
Ouvrier	3,8	31,4	16,7	
Inactif	0,5	0,0	0,3	
Revenus mensuel du foyer (euros)	n=262	n=132	n=394	0,599
Moins de 1 500	14,9	12,2	13,7	
De 1 500 à 2 500	29,7	28,6	29,2	
De 2 500 à 3 500	30,1	26,8	28,6	
Plus de 3 500	25,3	32,3	28,5	
Nombre d'enfants du répondant	n=267	n=135	n=402	0,231
0 enfant	19,1	20,1	19,6	
1 enfant	25,0	33,4	28,9	
≥ 2 enfants	55,9	46,5	51,5	
Partenaire actuellement	n=267	n=135	n=402	0,261
Pas de partenaire actuellement	5,6	3,1	4,4	
Un partenaire actuellement	94,4	96,9	95,6	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les caractéristiques entre 394 et 402 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des caractéristiques selon le sexe du répondant.

3.2.5. TRAITEMENTS ET LEURS ISSUES

Plusieurs traitements et/ou interventions sont possibles en cas d'infécondité et varient selon la cause de l'infécondité. Parmi les personnes ayant consulté pour infécondité, 55,5% ont suivi au moins un traitement (eux-mêmes et/ou leur partenaire) (Tableau 3). Le traitement le plus fréquemment cité est l'induction d'ovulation (85,6%), suivi ensuite de la FIV/ICSI (33,2%), et de l'insémination artificielle avec sperme du conjoint (IAC) (26,1%) (Tableau 11). A noter que 22,5% des répondants déclarent avoir recouru à un autre traitement sans qu'il soit possible d'identifier de quel traitement il pourrait s'agir (et s'il s'agit réellement d'un traitement contre l'infécondité).

Les hommes et les femmes ont des déclarations similaires en ce qui concerne leur taux de traitement global (55,5% vs 55,6%, $p=0,121$) (Tableau 3). De plus, aucune différence de déclaration selon le sexe n'apparaît quel que soit le type de traitement (Tableau 11). Les hommes et les femmes ayant consulté il y a moins de 15 ans sont donc très cohérents sur les traitements suivis par leur couple.

TABLEAU 11. TRAITEMENTS SUIVIS PAR LE REpondant OU LE PARTENAIRE

Traitements suivis ^(a)	Taux (%)		Total	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme	Homme		
Inducteur d'ovulation	87,0	84,0	85,6	0,477
FIV/ICSI	30,6	36,3	33,2	0,308
IAC	24,2	28,4	26,1	0,412
IAD	2,6	5,2	3,8	0,222
Intervention chirurgicale	13,3	13,4	13,4	0,977
Autre traitement	21,8	23,2	22,5	0,785

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les traitements entre 396 et 402 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux de chacun des traitements selon le sexe du répondant.

3.2.5.1. DESCRIPTION DU PREMIER TRAITEMENT

Le premier traitement reçu (par le répondant ou le partenaire) est un inducteur d'ovulation dans la grande majorité des cas (71,8%) (Tableau 12). Cependant dans 20,7% il s'agit d'un autre type de traitement, sans possibilité d'avoir plus d'informations sur ces derniers.

Une fois de plus les déclarations des hommes et des femmes ne diffèrent pas.

TABLEAU 12. PREMIER TRAITEMENT SUIVI

Premier traitement	Distribution (%)		Total (n=373 ^(a))	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=250)	Homme (n=123)		
Inducteur d'ovulation	73,2	70,1	71,8	0,766
FIV/ICSI	3,3	4,6	3,9	
IAC	3,3	3,0	3,2	
IAD	0,0	1,0	0,5	
Autre traitement ^(c)	20,3	21,2	20,7	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 29 sont exclus pour « réponse inadaptée ».

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions du 1^{er} traitement suivi selon le sexe du répondant.

(c) Ne sont pas mis dans le tableau : vitamines, médecine douce, TEC, méthode détermination ovulation.

3.2.5.2. DESCRIPTION DU DERNIER TRAITEMENT

Dans cette section, si le répondant a suivi un seul traitement, ce premier et unique traitement est aussi compté comme dernier traitement. Cependant les résultats concernant les derniers traitements sont très différents des premiers traitements (Tableau 12 et Tableau 13). Le traitement le plus fréquent est toujours l'inducteur d'ovulation dans 40,2% des cas. Néanmoins dans 22,5% des cas le dernier traitement est une FIV/ICSI, et dans 12,3% des cas une IAC. La part de « autre traitement » reste élevée avec 22,9% des réponses. Enfin les inséminations avec don de sperme (IAD) concernent une minorité des personnes traitées (2,2%).

Aucune différence significative n'est observée entre les déclarations des hommes et des femmes.

TABLEAU 13. DERNIER TRAITEMENT SUIVI

Dernier traitement	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=370 ^(a))	
	Femme (n=247)	Homme (n=123)		
Inducteur d'ovulation	44,0	35,7	40,2	0,680
FIV/ICSI	20,9	24,4	22,5	
IAC	12,6	11,9	12,3	
IAD	2,1	2,3	2,2	
Autre traitement ^(c)	20,5	25,7	22,9	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 32 sont exclus.

(b) La P-value correspond à un test de Fisher comparant les distributions du dernier traitement selon le sexe du répondant.

(c) Ne sont pas mis dans le tableau : vitamines, médecine douce, TEC, méthode détermination ovulation.

3.2.5.3. ISSUES DES TRAITEMENTS SUIVIS

L'issue des différents traitements est présentée dans le Tableau 14. Dans 58,5% des cas, les traitements ont permis aux répondants d'avoir une naissance. Cependant, il s'agit d'une proportion tronquée par la date de l'enquête puisque 12,6% des couples sont toujours en cours de traitement au moment de l'interview. La proportion de traitements menant à une naissance pourrait donc être plus élevée. Un cinquième des répondants déclarent avoir eu une ou plusieurs grossesses qui se sont terminées par une fausse couche durant l'ensemble de leur période de traitement.

Concernant les issues de ces traitements, les hommes et les femmes traités ont des déclarations non significativement différentes.

TABLEAU 14. NAISSANCES ET FAUSSES COUCHES LORS DES PERIODES DE TRAITEMENTS

Issues des périodes de traitement	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=402 ^(a))	
	Femme (n=267)	Homme (n=135)		
Naissance grâce au traitement				0,751
Oui	59,4	57,5	58,5	
Non	40,6	42,5	41,5	
- En cours de traitement	11,7	13,7	12,6	
- Arrêt du traitement	28,9	28,8	28,9	
Fausse couches				0,318
Oui	19,3	24,1	21,5	
Non	80,7	75,9	78,5	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, les effectifs varient selon les caractéristiques entre 378 et 379.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des naissances et des fausses couches selon le sexe du répondant.

3.3. PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECONDITE

3.3.1. LES PROFESSIONNELS RENCONTRES

Parmi les répondants ayant consulté personnellement il y a moins de 15 ans, 64,5% des répondants et/ou leur partenaire (Tableau 15), n'ont pas vu d'autre professionnel de santé que le premier décrit précédemment (Tableau 8).

Parmi les 208 répondants ayant vu au moins un second professionnel de santé, les distributions dans le recours diffèrent selon le sexe du répondant. Parmi les différences rencontrées, les hommes déclarent plus que les femmes avoir consulté un gynécologue en cabinet (96,3% vs 76,7%, $p=0,047$), ou un urologue (37,1% vs 20,8%, $p=0,029$) en second recours. Il est probable que ces différences soient en lien avec les spécificités du recours médical en fonction du sexe du patient. Pour les autres professionnels proposés aux répondants, aucune différence significative n'est présente, que ce soit pour les endocrinologues, les psychologues/psychiatres, sages-femmes ou les autres professionnels.

Ces résultats semblent cohérents notamment avec les résultats du 1^{er} médecin consulté du Tableau 7. Les résultats révèlent que les hommes auraient tendance à déclarer plus souvent que les femmes les consultations les impliquant directement (urologue).

TABLEAU 15. AUTRES PROFESSIONNELS CONSULTES PAR LE REpondANT

Autres professionnels rencontrés	Taux (%)		Total	P value ^(a)
	Sexe du répondant			
	Femme	Homme		
Pas d'autre médecin	66,2	61,6	64,5	0,334
Autres médecins ^(b) , dont :	33,8	38,4	35,5	
Gynécologue en cabinet ^(c)	76,7	96,3	85,8	0,047
Gynécologue à l'hôpital /clinique	67,5	73,6	69,9	0,394
Urologue	20,8	37,1	27,2	0,029
Sage femme	21,8	32,5	26,0	0,146
Psychologue, psychiatre	18,0	16,9	17,6	0,871
Endocrinologue	19,6	13,8	17,3	0,357
Autre spécialiste	22,5	16,1	19,9	0,346

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux des professionnels vus selon le sexe du répondant.

(b) Les effectifs varient selon les professionnels entre 50 et 208 personnes.

(c) La question sur le gynécologue en cabinet vu en seconde ligne ou plus, a été posée uniquement aux répondants qui ont vu comme 1^{er} professionnel un médecin généraliste (n=50).

Le lieu de consultation ne peut être analysé que de manière partielle suite à une erreur de filtre. Ainsi l'information est disponible pour 194 répondants (Tableau 16), pour ceux qui ont consulté plus d'un professionnel. Les répondants ont consulté dans 40,6% des cas dans un centre d'AMP public et dans 26,5% des cas dans un centre AMP privé. Les taux ne diffèrent pas entre les répondants femmes et hommes.

TABLEAU 16. LIEUX DE CONSULTATION

Lieux de consultation	Taux (%)		Total ^(a)	P value ^(b, c)
	Sexe du répondant			
	Femme	Homme		
Centre AMP public (n=192)	35,3	48,7	40,6	0,120
Centre AMP privé (n=192)	22,1	33,3	26,5	0,127
Autre service à l'hôpital (n=194)	32,1	26,4	29,8	0,477
Autre service en clinique (n=193)	16,6	16,8	16,7	0,970

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les professionnels entre 192 et 194 personnes (filtre : question posée à ceux ayant vu > 1 professionnel de santé **ou** dont le 1^{er} interlocuteur est hospitalier, mais filtre utilisé en pratique: question posée à ceux ayant vu >1 professionnel de santé).

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux des lieux de consultation selon le sexe du répondant.

(c) Résultats à interpréter avec prudence : présence d'incohérence dans les réponses. Dans une question précédente, 24 personnes ayant vu un gynécologue en hôpital/ clinique déclarent n'avoir été dans aucun de ces lieux.

Pour les répondants ayant consulté personnellement il y a moins de 15 ans, les sujets les plus abordés en consultation avec le répondant, sont les différents traitements (60,3%), la vie sexuelle du couple (51,0%), et les effets secondaires des traitements (44,3%) (Tableau 17). Il est à remarquer que dans 49% des cas, la vie sexuelle du couple n'est pas abordée, et que l'adoption n'est abordée lors des consultations que dans 16,5% des cas. Au total, aucun de ces sujets n'est abordé au cours des différentes consultations dans 22,2% des cas. Aucune différence significative n'est présente entre les déclarations des hommes et des femmes.

En s'intéressant plus spécifiquement à la population ayant reçu un traitement (population d'étude n°4) (Tableau A3), la proportion de répondant déclarant n'avoir abordé aucun des sujets mentionnés dans l'enquête tombe à 15,4%. De plus, le sujet des différents traitements a été abordé dans 75,6% des cas et l'adoption dans 21,1% des cas alors même qu'une information sur l'adoption est recommandée avant de débiter un traitement par AMP.

TABLEAU 17. SUJETS ABORDES LORS DES CONSULTATIONS

Sujets abordés	Taux (%)		Total (n=608)	P value ^(a)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=451)	Homme (n=157)		
Différents traitements	58,3	63,6	60,3	0,288
Vie sexuelle	53,5	46,7	51,0	0,174
Effets secondaires des traitements	43,2	46,2	44,3	0,553
Adoption	15,5	18,3	16,5	0,443
Aucun de ces sujets abordés	20,7	24,7	22,2	0,351

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux de sujets abordés selon le sexe du répondant.

3.3.2. BILANS ET CAUSES DE L'INFECONDITE

Les examens réalisés par le répondant ou son partenaire pour déterminer la cause de l'infécondité sont présentés dans le Tableau 18. Parmi les répondants ayant consulté, la majorité ont eu (eux-mêmes ou leur partenaire) un dépistage des IST (55,1%), une courbe de température (64,6%), et l'examen le plus largement décrit est l'examen gynécologique (92,8%).

Les hommes ont tendance à déclarer plus souvent que les femmes, les examens les concernant : un examen des parties génitales (56,4% vs 26,9%, $p<0,001$) ou encore un examen du sperme (86,5% vs 56,7%, $p<0,001$). Il est de même pour le bilan hormonal (81,4% vs 63,8%, $p<0,001$).

En se restreignant aux couples ayant été à la première consultation ensemble (Tableau A4), les différences de déclarations entre les hommes et femmes persistent en ce qui concerne l'examen des parties génitales masculines et le bilan hormonal et s'atténue pour le spermogramme. De plus une différence apparaît pour l'examen gynécologique, l'homme déclarant alors plus d'examens que les femmes, mais avec des proportions restant relativement proches (98,8% vs 93,2%).

TABLEAU 18. EXAMENS REALISES AU COURS DU SUIVI MEDICAL PAR LE
REPONDANT OU LE PARTENAIRE

Examens réalisés	Taux (%)		Total (n=608 ^(a))	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=451)	Homme (n=157)		
Bilan de la femme				
Examen gynécologique	92,3	93,7	92,8	0,623
Tracé de la courbe de température	63,7	66,1	64,6	0,647
Hystérosalpingographie/ hystéroscopie / cœlioscopie	45,3	41,7	44,1	0,520
Bilan de l'homme				
Examen des parties génitales masculines	26,9	56,4	37,4	<0,001
Examen du sperme	56,7	86,5	67,6	<0,001
Bilan de la femme et de l'homme				
Bilan hormonal	63,8	81,4	70,1	<0,001
Dépistage IST	51,7	61,2	55,1	0,078
Test de Huhner ou de la glaire cervicale	33,6	32,1	33,1	0,783
Aucun bilan réalisé	4,4	1,6	3,3	0,177

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) Les effectifs varient selon les examens entre 525 et 603 personnes.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux d'examens réalisés selon le sexe du répondant.

Les causes d'infécondité ont été regroupées en cause féminine ou masculine (Tableau 19). Des causes féminines pures sont déclarées par 26,5% des couples, des causes masculines pures par 8,6% des couples, et des causes mixtes dans 3,8% des cas. Sans que cela soit significatif, les résultats indiquent que les femmes déclarent un peu plus de cause féminine pure que les hommes (29,1% vs 22,1%) et vice versa les hommes déclarant plus de cause masculine pure que les femmes (11,5% vs 6,8%). Enfin les femmes déclarent moins de cause inconnue (42,4% vs 48,3%) et plus d'« autres » causes (18,7% vs 12,9%). Le questionnaire Fecond ne permet pas d'avoir des informations complémentaires sur les « autres » causes d'infécondité.

**TABLEAU 19. CAUSES D'INFECONDITE EN FONCTION DE L'ORIGINE
MASCULINE OU FEMININE**

Cause d'infécondité	Distribution (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=607 ^(a))	
	Femme (n=451)	Homme (n=156)		
Cause féminine	29,1	22,1	26,5	0,074
Cause masculine	6,8	11,5	8,6	
Cause mixte	3,0	5,1	3,8	
Autre	18,7	12,9	16,6	
Inconnue	42,4	48,3	44,5	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3b, c.à.d. répondants âgés de 20-49 ans ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n=608).

Notes : (a) Parmi les 608 répondants, 1 est exclu.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des causes d'infécondité selon le sexe du répondant.

3.3.3. VECUS DE LA PRISE EN CHARGE

Parmi les personnes ayant reçu au moins un traitement (Tableau 20), les périodes de traitement sont vécus difficilement personnellement³ par plus de la moitié des répondants. Une différence significative est observée entre les hommes et les femmes, les hommes déclarant moins souvent des difficultés (p=0,004).

TABLEAU 20. VECU DES PERIODES DE TRAITEMENT

Vécu des périodes de traitement	Distribution (%)		Total (n=379 ^(a))	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=254)	Homme (n=125)		
Très difficile à vivre	28,8	14,0	20,5	0,004
Plutôt difficile à vivre	37,6	36,9	37,3	
Sans problème particulier	33,7	49,1	40,7	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 23 sont exclus.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des ressenti selon le sexe du répondant.

Les difficultés évoquées durant ces périodes de traitement difficiles à vivre, sont présentées dans le Tableau 21. Les difficultés les plus fréquentes sont très majoritairement les difficultés psychologiques (88,8%) et la longueur du traitement (72,6%), suivies ensuite par les contraintes dans la vie personnelle ou professionnelle (57,4%). Ces trois types de difficultés sont déclarés aussi fréquemment par les hommes et par les femmes. Par ailleurs, les hommes déclarent plus souvent que la période était difficile pour leur partenaire (74,6% des hommes) alors que les femmes n'ont indiqué cette modalité que dans 32,8% des cas. A l'inverse, les effets secondaires sont plus souvent cités par les femmes que les hommes (p=0,007), les

³ La question posée était : « Globalement ces périodes de traitement étaient pour vous, personnellement ? ... »

femmes ayant également tendance à déclarer plus souvent la pénibilité physique sans que cela soit significatif ($p=0,07$). Ces résultats sont cohérents avec le fait que les femmes subissent davantage les effets indésirables des traitements (en particulier les inducteurs d'ovulation pris par les femmes non seulement dans les inductions seules mais également en FIV / ICSI / IAC et IAD).

TABLEAU 21. DIFFICULTES LORS DES PERIODES DE TRAITEMENT

Difficultés évoquées	Taux (%)		Total (n=237 ^(a))	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=171)	Homme (n=66)		
Difficile psychologiquement	90,9	85,7	88,8	0,270
Longueur	68,4	79,2	72,6	0,115
Contraignant	56,1	59,5	57,4	0,676
Dur pour partenaire	32,8	74,6	49,2	<0,001
Trop médicalisé	49,6	38,7	45,4	0,180
Effets secondaires	43,0	22,9	35,1	0,007
Physiquement	2,9	0,0	1,8	0,070
Trop cher	0,2	0,0	0,1	0,427

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 124 sont exclus pour « questions non posées », 23 absence de réponse.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux des raisons des difficultés selon le sexe du répondant.

L'impact des traitements sur la qualité de vie des répondants (Tableau 22), s'expriment avant tout par une perturbation de la vie sexuelle (41,1%) et de la vie de couple (41,7%). Au total, 60,5% des femmes et 58,0% des hommes déclarent avoir au moins un de ces champs de leur vie perturbé par un traitement de l'infécondité. Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes, mais les femmes ont tendance à déclarer plus souvent une perturbation de leur vie sociale.

TABLEAU 22. IMPACTS DES TRAITEMENTS SUR LA QUALITE DE VIE DES
REONDANTS

Impacts des traitements	Taux (%)			P value ^(b)
	Sexe du répondant		Total (n=380 ^(a))	
	Femme (n=255)	Homme (n=125)		
Perturbation vie sexuelle	43,8	38,0	41,1	0,328
Perturbation vie couple	44,5	38,3	41,7	0,296
Perturbation vie sociale	28,8	18,9	24,3	0,052
Perturbation vie professionnelle	24,0	22,3	23,2	0,761
Aucune perturbation	39,5	42,0	40,5	0,647

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 22 sont exclus.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux des impacts selon le sexe du répondant.

3.3.4. PROJET DE TRAITEMENTS

Parmi les répondants ayant été traités dans le passé et ne suivant plus de traitement au moment de l'enquête (Tableau 23), 70,9% ne souhaitaient pas suivre de traitement dans le futur.

Ces projets ne diffèrent pas selon le sexe du répondant.

TABLEAU 23. PROJET DE TRAITEMENT FUTUR

Projet de traitement futur	Distribution (%)		Total (n=107 ^(a))	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=70)	Homme (n=37)		
Oui, en train de suivre un nouveau traitement	2,1	2,6	2,3	0,565
Oui, y pense sérieusement, voire en train d'en suivre un nouveau	14,5	15,7	15,1	
Oui, de temps en temps	17,3	5,2	11,7	
Non, plus jamais de traitement	66,1	76,5	70,9	

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4a, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité il y a moins de 15 ans, et ayant été traités (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 295 sont exclus pour « question non posée » (filtre : question posée si a déjà eu un traitement et arrêt du traitement).

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les distributions des projets de traitements selon le sexe du répondant.

4. DISCUSSION

Principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était de comparer les déclarations des femmes et des hommes vis-à-vis de l'infécondité et de leur parcours de prise en charge. En population générale, les résultats présentent des différences notables pour les taux de consultation et de traitements entre les femmes et les hommes. Cependant, cette différence s'amenuise quand la population d'étude est restreinte aux personnes ayant déjà été exposées à l'infécondité. La différence observée dans la population générale entre les hommes et les femmes s'explique ainsi en grande partie par des différences « d'exposition » : les hommes ont été moins fréquemment exposés à l'infécondité que les femmes.

Dans l'enquête Fécond, en population générale, 11% des hommes déclarent avoir déjà consulté (eux-mêmes ou leur partenaire) pour infécondité. Ce résultat est relativement proche de ceux publiés dans des études américaines où le taux de recours médical pour infécondité s'élevait à 9% parmi les hommes âgés de 25 à 44 ans (39), et à 8,1% parmi les hommes âgés de 30 à 45 ans (54). Dans la première étude, le taux de recours médical féminin est également plus élevé que celui des hommes, et atteint 13% parmi les femmes âgées de 25-44 ans (39). L'hypothèse avancée par les auteurs est que dans les couples mariés ou non, les hommes sont souvent plus âgés que leurs partenaires féminines, et donc pour une catégorie d'âge identique, ils sont moins à même d'avoir consulté pour infécondité que les femmes. Cette hypothèse d'un effet génération pourrait être pertinente pour analyser les résultats Fécond puisque parmi la population exposée à l'infécondité, les répondants hommes sont plus âgés que les répondantes femmes lors de la première consultation.

Quelques comparaisons indiquent des différences entre les hommes et les femmes. Ces divergences reflètent très probablement des différences réelles dans le parcours médical des femmes et des hommes. Ainsi, concernant le premier médecin rencontré, les différences de déclaration s'expliquent sans doute par un effet de prise en charge variable en fonction du genre. Les femmes ont plus tendance à consulter d'abord leur gynécologue alors que les hommes consultent leur médecin généraliste ou autre spécialiste. De même, les périodes de traitement n'impactent pas de la même façon les hommes et les femmes (qui subissent la majorité des actes) conduisant à un ressenti de la période de traitement différent chez les femmes et les hommes. Ainsi les femmes déclarent plus souvent des difficultés liées aux effets secondaires des traitements, alors que les hommes déclarent plus souvent de plus grandes difficultés pour le partenaire.

D'autres différences dans les déclarations hommes – femmes sont plus complexes à interpréter. Cela est le cas pour les examens réalisés dans le cadre du bilan d'infécondité. Les hommes déclarent plus souvent que les femmes la réalisation des examens les concernant (spermogramme, bilan hormonal, examen des parties génitales masculines). Ces résultats sont cohérents avec les résultats d'un article américain, où 28% des femmes ayant un suivi médical pour infécondité déclare aucun examen médical pour les hommes contre 18% pour les répondants hommes (37). Plusieurs hypothèses (non exclusives) peuvent être formulées pour expliquer cette différence de déclaration entre les hommes et les femmes:

- une sur-déclaration par les hommes des examens les concernant spécifiquement ;
- une sous-déclaration par les femmes des examens et consultations concernant leur partenaire masculin uniquement.

La seconde hypothèse est celle privilégiée dans l'étude américaine. Les auteurs font en effet l'hypothèse d'un biais de mémoire pour expliquer cette différence. En effet dans cette étude seuls près de 54% des répondants ayant recours aux consultations, rapportaient avoir eut un bilan pour infécondité. Cependant, d'autres pistes sont à poursuivre. Ainsi, une sous-déclaration des femmes pourrait aussi refléter le fait que les hommes n'informent pas toujours leurs partenaires féminines de la réalisation de ces examens et de ces consultations. Une telle piste de recherche nécessiterait d'autres recherches pour être précisée, en particulier la réalisation d'entretiens semi-directifs avec des couples ayant vécu une situation d'infécondité.

L'analyse montre dans son ensemble une excellente cohérence des déclarations des hommes et des femmes. Ainsi, les déclarations des hommes et des femmes se rejoignent concernant l'information sur la durée d'infécondité avant la 1^{ère} consultation, les personnes consultant au sein des couples (l'homme et/ ou la femme), mais aussi les traitements suivis et leurs issues (naissance et fausses couches). Ce résultat vient nourrir une littérature peu abondante sur la qualité des déclarations masculines sur l'infécondité et aux conclusions hétérogènes (35, 36, 55).

De surcroît, le vécu de la prise en charge par le premier médecin est similaire entre les hommes et les femmes. Ces résultats sont à interpréter avec prudence, le premier médecin rencontré par le répondant n'étant pas nécessairement le premier médecin rencontré par le couple. Néanmoins ces résultats peuvent être rapprochés de ceux d'une étude réalisée au sein de couples hollandais sous traitements, démontrant que l'expérience de la prise en charge pour infécondité est relativement semblable entre les femmes et les hommes (56).

L'impact des traitements, et plus largement de l'infécondité sur la vie sexuelle et la vie de couple est relativement fréquemment décrit dans la littérature internationale (57-63). Enfin l'impact des traitements sur la vie sexuelle semble identique quel que soit le sexe du répondant, comme le souligne aussi une étude suédoise réalisée parmi des couples traités pour infécondité (34).

Globalement, il semble donc y avoir une bonne concordance entre les déclarations des hommes et des femmes. Ce résultat est majeur car il remet en cause l'usage actuel conduisant généralement à exclure les hommes des enquêtes sur l'infécondité.

Les résultats présentés dans ce document remettent en question les *a priori* à l'encontre des hommes et suggèrent l'importance de développer la réflexion, dans le futur, pour mieux évaluer l'intérêt d'études pouvant impliquer les hommes. En effet, non seulement les déclarations semblent cohérentes entre les hommes et les femmes, mais elles peuvent aussi être complémentaires pour certains sujets. Ainsi lorsque les hommes sont concernés, leurs déclarations pourraient être de meilleure qualité comme semble le suggérer l'écart sur la réalisation d'un spermogramme selon les déclarations féminines et masculines. Autre exemple, les hommes ont tendance à déclarer plus de causes d'infécondité masculine pure que les femmes, alors que ces dernières ont tendance à déclarer moins de cause d'infécondité féminine pure que les hommes. Ces différences de déclarations suggèrent une difficulté à affirmer que l'infécondité est liée au conjoint. La collecte d'information sur les problématiques de l'infécondité, auprès des hommes et des femmes, pourrait donc être complémentaire et permettrait une meilleure appréhension globale du phénomène d'infécondité.

Des résultats globaux proches de ceux de la littérature bien que difficilement comparables

Afin d'évaluer la validité des résultats présentés, il est intéressant de comparer les données trouvées avec celles présentes dans la littérature scientifique internationale. Cependant comme décrit précédemment, les données sur l'infécondité sont construites exclusivement sur les déclarations féminines, et les comparaisons présentées ci-dessous sont donc réalisées principalement à partir des données de l'échantillon féminin de l'enquête.

Sur l'ensemble de la population féminine âgée de 20 à 49 ans, le taux de consultation est de 15,8%. Ce chiffre est dans l'intervalle des estimations publiées dans la littérature scientifique en population générale. Ainsi dans une revue de la littérature de 1995 réalisée parmi les pays industrialisés, les taux de consultation varient entre 3,6% et 17% (10).

Parmi les femmes âgées de 20 à 49 ans ayant déjà cherché à obtenir une naissance, 23,8% ont consulté seules et/ ou avec leur partenaire par le passé. Il existe peu de résultats comparables dans la littérature. Une étude française décrit un taux de consultation de 26,0% parmi les femmes ayant des rapports non protégés depuis plus de 12 mois en France (11). Cependant, le mode de recrutement dans cette étude est basé sur la méthode des « tentatives en cours » entraînant une sur-représentation des femmes ayant des délais élevés. Ainsi, même si l'étude se déroule également en France et que les estimations produites sont relativement proches, les résultats sont peu comparables avec ceux présentés dans ce document car les populations utilisées au dénominateur ne sont pas comparables.

Le recours aux consultations est relativement précoce puisque dans 68% des cas, la 1^{ère} consultation a eu lieu dans les 12 mois suivant le début de la recherche de grossesse d'après

les répondantes féminines. Ce résultat est cohérent avec les données plus anciennes de l'enquête sur la fécondité et les comportements de reproduction des françaises de l'Ined de 1988 où 57% des femmes avaient des délais inférieurs ou égaux à 12 mois (41). Cependant, ce chiffre était estimé parmi des femmes ayant déclaré avoir attendu plus longtemps que prévu la survenue de leur grossesse et non pas parmi des femmes ayant consulté pour infécondité. La comparaison est donc encore une fois peu adaptée. Néanmoins, l'hypothèse proposée par Henri Leridon sur la base des observations de 1988 d'une « impatience » des femmes semble soutenue par les chiffres observés dans Fecond.

Les examens déclarés par les répondantes féminines sont proches de ceux déclarés dans une étude menée dans cinq pays européens (Allemagne, Italie, Pologne, Danemark, Espagne) (64). Cette étude réalisée auprès de femmes âgées de 25-44 ans, présente les résultats des examens déclarés en fonction des pays des répondantes. Les données de Fecond sont cohérentes avec les résultats globaux de cette étude européenne. Cependant les résultats diffèrent fortement en fonction des pays si bien que des comparaisons plus fines ne peuvent être menées, d'autant que la France n'a pas été incluse dans l'étude.

Les causes déclarées d'infécondité rapportées par les répondantes sont dans 6,8% des cas des causes masculines, 29,1% des causes féminines, 3,0% des causes mixtes, 42,4% des causes inconnues et 18,7% des causes « autres ». Ces résultats sont très éloignés de ceux observés parmi des couples dans l'article de Thonneau 1991 (22) : 20% de cause masculine, 34% de cause féminine, 38% de causes mixtes et 8% de cause inconnue. Cependant les deux sources sont peu comparables. L'étude de 1991 a été menée parmi des couples français consultant pour la 1^{ère} fois pour une infécondité primaire ou secondaire datant d'au moins un an. Un questionnaire médical était rempli par le médecin en compagnie des couples. Le bilan

d'infécondité était réalisé systématiquement sur les deux membres du couple. Les différences de résultats peuvent alors s'expliquer par le mode de renseignement de la cause (la femme enquêtée dans Fecond versus une source médicale dans l'étude de 1991) et par des différences de diagnostic (exploration non systématique des 2 membres du couple dans Fecond versus exploration systématique des 2 membres du couple dans l'étude de 1991). Dans Fecond, dans 61,1% des cas la cause est inconnue ou autre. Cette proportion interroge sur la qualité des données ainsi recueillies. Plusieurs effets peuvent se cumuler : des bilans d'infécondité réalisés de manière incomplète (au moment de l'interview Fecond), des pratiques médicales où l'exploration n'est pas systématique. Il faut également envisager des problèmes de collecte : le questionnaire Fecond pourrait-il être amélioré pour permettre une collecte de meilleure qualité ? Quel que soit le questionnaire, il est possible que la collecte par interview auprès des femmes et des hommes reste une source de qualité médiocre pour ce type d'information. Pour répondre à ces interrogations, il serait nécessaire de développer de nouvelles recherches avec par exemple la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de couples ayant vécu une situation d'infécondité. Il serait en particulier important de mieux saisir leur représentation sur l'origine de l'infécondité de leur couple, et de confronter celle-ci au bilan dressé par leur médecin. Plus globalement des recherches sur les causes de l'infécondité seraient nécessaires afin de mettre à jour les données sur le sujet qui commencent à dater, comme le souligne aussi certains articles (65).

Dans notre échantillon d'étude, 55,5% des femmes ayant consulté pour infécondité ont été traitées, soit 13,2% des femmes ayant déjà cherché à obtenir une grossesse (c'est-à-dire ayant déjà été exposées à l'infécondité). Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature scientifique (10, 14, 66). Dans une étude menée par questionnaire auprès de 2 865 femmes danoises âgées de 25 à 44 ans, 47,4% des femmes infécondes (c.à.d. femmes ayant recherché

une grossesse durant une période supérieure à une année) ont été traitées, elle-même et/ou leur partenaire (10). Cependant, pour les auteurs, le traitement pour infécondité comprend les examens médicaux et/ ou les traitements pour infécondité. Cette définition est donc plus large que celle utilisée dans cette recherche. Dans une autre étude auprès de 901 femmes françaises âgées de 18 à 60 ans (14), le taux de traitement était de 45,3% (68 sur 150 femmes) parmi les femmes ayant eu une grossesse aboutissant à une naissance vivante et ayant consulté pour infécondité. Cette population est peu comparable à celle de notre étude car elle est sélectionnée sur sa « bonne fécondité » (obtention d'une naissance vivante), ce qui peut provoquer d'importants biais dans les études comme cela a pu être montré sur l'effet de l'âge maternel par simulation (67).

Enfin pour l'ensemble des répondantes femmes, dans 59,4% des cas les périodes de traitement débouchent sur une naissance, ce qui est relativement proche des 49% de succès obtenu par les couples débutant un traitement FIV (68), bien que les résultats présentés dans ce travail concernent tous les types de traitement et pas uniquement la FIV (les données disponibles ne permettant pas de préciser le type de traitement à l'origine de la naissance).

Des déclarées éloignées des recommandations de bonnes pratiques cliniques

L'analyse des résultats de la prise en charge de l'infécondité montre quelques données *a priori* surprenantes au vues des recommandations actuelles (4, 18). Ainsi alors que pour les répondants dans 93% des cas, les femmes ont un examen gynécologique, seuls 37% des hommes ont un examen de leurs parties génitales (56% pour les répondants masculins et 27% d'après les femmes). L'examen des hommes ne semble donc pas systématique contrairement à ce qui est recommandé. Ces résultats sont à comparer au 18% d'hommes et aux 28% de

femmes de l'étude américaine, déclarant aucun examen pour les hommes (37). De même, seule une personne sur deux ayant consulté pour infécondité déclare avoir abordé lors d'une de ses consultations la question de sa sexualité alors que le médecin devrait théoriquement demander si les rapports sexuels des couples sont réguliers et sans problème dans la phase initiale d'évaluation pour toute consultation pour infécondité (4, 69-71). Ces données pourraient refléter une réalité clinique éloignée des recommandations des bonnes pratiques, mais des biais de déclaration (par exemple des biais de mémoire) ne peuvent être exclus. D'autres recherches seront nécessaires pour évaluer les pratiques cliniques réelles.

Enfin l'adoption est elle aussi peu évoquée lors des consultations (16,5% des répondants) alors que toute personne s'engageant dans un processus d'AMP doit bénéficier d'informations sur l'adoption, tel que cela est conseillé dans un arrêté officiel de 2010 du Ministère de la Santé (69, 72).

Au total l'ensemble de ces résultats soulèvent des interrogations sur les pratiques cliniques actuelles qui semblent focalisées sur les problématiques féminines. Ainsi deux axes principaux de travail se dégagent : il serait particulièrement intéressant d'investir des recherches sur la prise en charge de l'homme, et plus globalement sur la prise en charge de la vie du couple, lors des consultations pour infécondité.

Limites

Limites liées aux personnes ayant répondu aux questions

Dans ce travail, les échantillons d'étude varient en fonction des questions posées. Pour chaque tableau présenté dans ce document, l'échantillon d'étude a été précisé afin d'inviter à la réflexion dans l'interprétation des résultats.

Dans un premier temps il a été nécessaire de définir une population dite exposée à l'infécondité. L'exposition à l'infécondité (permettant de définir les personnes concernées par les problèmes d'infécondité) est cependant une notion difficile à appréhender. Pour cette analyse, il est apparu qu'il n'était pas pertinent de garder *stricto sensu* la définition utilisée pour filtrer les questions dans l'enquête Fecond. Lors de la réalisation de l'enquête, les questions sur le recours médical ont été posées à toute personne ayant déjà eu des rapports sexuels exception faite des hommes ayant eu exclusivement des rapports homosexuels. Ces critères définissaient ainsi la population exposée. Pour nos analyses, il a été choisi de sélectionner plus spécifiquement, parmi ces personnes, celles qui avaient déjà recherché une grossesse dans le passé ou qui cherchaient une grossesse au moment de l'étude. Cette définition permettait de mieux cerner le phénomène étudié en se restreignant à la population réellement concernée (exposée).

Cependant, les informations disponibles ne permettaient pas de mettre à jour de possibles disparités de situation entre les deux partenaires. En conséquence, dans les analyses, le partenaire du répondant a été systématiquement considéré comme étant aussi exposé à l'infécondité dès le moment où le répondant l'était. Autrement dit, il est supposé que le partenaire recherche une grossesse dès lors que le répondant est dans cette situation. La question des intentions de fécondité des deux partenaires a été explorée dans Fecond dans le

cadre d'une autre recherche (73). Ces intentions de fécondité sont identiques pour 78% des couples et opposées pour environ 12% des couples. Ces résultats permettent d'apporter des éléments rassurant, l'approximation réalisée ici pour définir l'exposition à l'infécondité semblant acceptable.

Dans le questionnaire Fecond, une partie des questions a été posée uniquement à l'échantillon de la population n°3a correspondant aux répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité eux-mêmes et/ou leur partenaire, il y a moins de 15 ans. Ce filtre exclus les 148 répondants dont le partenaire a consulté il y a moins de 15 ans dès lors que le répondant a consulté il y a plus de 15 ans. Cette exclusion entraîne une situation qui n'est pas parfaitement en miroir pour la collecte d'informations concernant le partenaire et son répondant.

Les filtres utilisés dans le questionnaire ont de plus grandement complexifié les analyses, du fait de plusieurs erreurs qui ont entaché leur mise en œuvre sur le terrain. L'interprétation des résultats a dû être adaptée et modulée pour tenir compte de ces problèmes.

Limites liées aux informations collectées

Après s'être intéressé aux personnes ayant répondu aux questions, il faut évoquer les limites concernant les formulations des questions et leur impact sur les déclarations. Certaines questions pouvaient porter à confusion, particulièrement du fait de la complexité du « sujet » de l'action (le répondant et/ou le partenaire). Ainsi, la formulation de la question sur les différents spécialistes rencontrés en deuxième ligne, laisse à penser que la question concerne uniquement le répondant. Pourtant, la question précédente qui sert de filtre, expose clairement

qu'il s'agit des consultations du répondant et/ou du partenaire. Au final, il est difficile de savoir si le répondant a déclaré uniquement les spécialistes qu'il a rencontré ou également ceux vus par son partenaire. Ce problème se retrouve pour plusieurs questions, tels que pour le recours aux centres d'AMP public ou privé, ou encore les délais de suivi dans ces services.

Enfin, malgré sa longueur, la durée de passation moyenne du questionnaire étant de 41 minutes (45), certaines informations utiles manquent dans le questionnaire. Concernant le bilan d'infécondité, aucune modalité de réponse ne permet de différencier les répondants ayant un bilan en cours. En pratique il est difficile de considérer un bilan d'infécondité comme étant complet ou non, au vu des différentes histoires cliniques des patients. De plus il n'est pas possible de savoir si les bilans réalisés et les traitements suivis sont au cours d'une seule et unique recherche de grossesse ou non, rendant les résultats plus difficilement interprétables. Dans le cadre de cette analyse, il a été choisi de considérer qu'il s'agissait d'une même et unique séquence (puisque'il est de toute façon impossible de les diviser en plusieurs séquences)⁴. De même, l'information sur les délais de mises sous traitement manque de précision. Seules les années de consultations médicales et de mise sous traitement sont demandées. Les délais calculés ensuite sont alors en années civiles, ne permettant pas de faire de distinction entre un délai de un mois et un délai de 12 mois. Par conséquent, les délais de mise sous traitement sont peu informatifs et n'ont pas été présentés dans ce document. Toute analyse de durée est donc impossible à partir de cette source.

Des analyses multivariées ont été réalisées et ne sont pas présentées dans ce document. Ces analyses multivariées stratifiées sur le sexe des répondants ont été menées afin d'explorer les facteurs associés au recours médical et thérapeutique, et de rechercher si les mêmes facteurs

⁴ Ce choix est par ailleurs cohérent avec la phrase d'introduction à cette section du questionnaire qui invitait les répondants à parler de la 1ère fois où les démarches médicales ont été entamées.

étaient observés parmi les femmes et les hommes. L'objectif était ainsi d'affiner les informations présentées dans ce document. Cependant, les analyses conduites se sont heurtées à la faible qualité des données concernant leur temporalité : l'incapacité à ordonner les événements mesurés les uns par rapport aux autres a rendu impossible la modélisation. Les facteurs introduits dans le modèle pouvaient être antérieurs, postérieurs ou recouvrir le phénomène expliqué. Par exemple, il aurait été intéressant d'étudier le recours médical en fonction des antécédents gynécologiques, du nombre de grossesses et de naissances antérieures du couple (14, 74). Or il était impossible de connaître le nombre de grossesses ou de naissances au moment de la consultation médicale, ces informations étant disponibles uniquement à la date de l'enquête. Ce problème se retrouve pour tout un ensemble de variables socio-démographiques, qui sont mesurées au moment de l'enquête et non pas au moment de la première consultation. Il est donc impossible de définir les antécédents au moment de la première consultation. En raison de ces limites, il a été décidé de ne pas poursuivre ni de présenter ces analyses multivariées.

Au final, la réalisation d'un bilan et notamment des limites rencontrées dans cette version 2010 du questionnaire Fecond a été une partie importante de ce travail. L'enquête Fecond étant réalisée périodiquement par l'Inserm et l'Ined, les questionnaires sont révisés en fonction des éléments apportés lors des passations du questionnaire ou lors des exploitations des versions précédentes de l'enquête. L'inclusion d'une section spécifique sur la prise en charge de l'infécondité était une nouveauté dans Fecond et il était important de mener une évaluation fine de cette nouvelle section afin de mesurer sa pertinence et de proposer des améliorations. Les remarques présentées dans ce document pourront donc être utilisées pour construire les futures versions du questionnaire.

Perspectives

Les résultats de l'étude Fecond présentés permettent de documenter finement la médicalisation de l'infécondité en France. Ils permettent de faire un état des lieux dans la population générale française et de ne pas se limiter à une population prise en charge cliniquement pour une infécondité, comme cela est souvent le cas dans les recherches.

Ce travail permet d'évaluer les taux de recours (consultation, traitement) mais aussi de mieux caractériser le parcours de soins à travers les spécialistes rencontrés, les bilans réalisés, les traitements suivis, les issues et la perception de ces périodes, et ceci que ce soit parmi les femmes ou les hommes. Plusieurs hypothèses nouvelles ont été avancées dans ce document : sous-déclaration par les femmes des examens et consultation concernant leur partenaire masculin uniquement, et divergences dans les parcours médicaux selon le genre. Il serait nécessaire de développer de nouvelles recherches pour les étayer. Dans cette optique, il semblerait particulièrement intéressant de mener une étude qualitative auprès de couples (en interrogeant la femme et l'homme) inscrits dans un parcours de prise en charge d'une infécondité, afin de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses.

5. CONCLUSION

L'enquête Fecond 2010 présente l'originalité d'avoir inclus et interrogé des hommes sur leurs parcours de prise en charge d'une infécondité. Contrairement à certains postulats initiaux souvent posés dans les recherches, les déclarations masculines présentent une grande cohérence et concordance avec les déclarations féminins sur de nombreux aspects. En outre certaines déclarations masculines complètent et précisent les données disponibles jusqu'alors, en particulier sur les spécificités de leur propres parcours.

Ces résultats mettent en exergue l'atout et l'apport que pourraient être, dans de futures recherches, la collecte d'information auprès des hommes pour comprendre et évaluer les processus de prises en charge de l'infécondité. Cette approche permettrait d'avoir une analyse de cette dernière dans sa globalité, et non plus uniquement sous l'angle des femmes.

Ainsi la remise en question de certains postulats, comme ce fut le cas pour ce travail, demeure une nécessité pour que la recherche scientifique puisse progresser, et constitue une des sources de réflexions des plus intéressantes et enrichissantes.

REFERENCES

1. La Rochebrochard (de) E. 200 000 enfants conçus par fécondation in vitro en France depuis 30 ans. *Population & Sociétés*. 2008;451.
2. Blondel B. La situation périnatale en France en 2010. études et résultats DRESS. 2011;775.
3. Leridon H. Fécondité, fertilité, stérilité: problèmes de terminologie. In: INSERM, editor. *Facteurs de la fertilité humaine* 1981. p. 17-30.
4. Huyghe E, Izard V, Rigot JM, Pariente JL, Tostain J. Évaluation de l'homme infertile : recommandations AFU 2007. *Progrès en Urologie*. 2008;18(2):95-101.
5. Rowe PJ, Mahmoud AMA. WHO manual for the standardized investigation, diagnosis and management of the infertile male. 2000 2000. Report No.
6. Cooper TG, Noonan E, Eckardstein Sv, Auger J, Baker HWG, Behre HM, et al. World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Hum Reprod Update*. 2010;16(3):231-45.
7. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009;92(5):1520-4.
8. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Med*. 2012;9(12):e1001356.
9. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007;22(6):1506-12.
10. Schmidt L, Munster K, Helm P. Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1995;102(12):978-84.
11. Duron S, Slama R, Ducot B, Bohet A, Sorensen DN, Keiding N, et al. Cumulative incidence rate of medical consultation for fecundity problems--analysis of a prevalent cohort using competing risks. *Hum Reprod*. 2013;28(10):2872-9.
12. Schmidt L, Munster K. Infertility, involuntary infecundity, and the seeking of medical advice in industrialized countries 1970-1992: a review of concepts, measurements and results. *Hum Reprod*. 1995;10(6):1407-18.
13. Chandra A, Stephen EH. Infertility service use among U.S. women: 1995 and 2002. *Fertility and Sterility*. 2010;93(3):725-36.
14. Moreau C, Bouyer J, Ducot B, Spira A, Slama R. When do involuntarily infertile couples choose to seek medical help? *Fertility and Sterility*. 2010;93(3):737-44.
15. Jain T. Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. *Fertility and Sterility*. 2006;85(4):876-81.
16. Johnson KM, Johnson DR. Partnered Decisions? U.S. Couples and Medical Help-seeking for Infertility. *Family relations*. 2009;58(4):431-44.
17. White L, McQuillan J, Greil AL. Explaining disparities in treatment seeking: the case of infertility. *Fertility and Sterility*. 2006;85(4):853-7.
18. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - La prise en charge du couple infertile. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2010;39(S1-S342).
19. Biomédecine Adl. Le guide de l'assistance médicale à la procréation Saint Denis 2011. 37].

20. Freour T, Delvigne A, Barriere P. [Evaluation of the male of the infertile couple]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010;39(8 Suppl 2):S45-52.
21. La Rochebrochard (de) E. Stérilité, fertilité: la part des hommes. *Populations et Sociétés*. 2001;371.
22. Thonneau P, Marchand S, Tallec A, Ferial ML, Ducot B, Lansac J, et al. Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Hum Reprod*. 1991;6(6):811-6.
23. Schlosser J, Nakib I, Carré-Pigeon F, Staerman F. Infertilité masculine : définition et physiopathologie. *Annales d'Urologie*. 2007;41(3):127-33.
24. Irvine DS. Epidemiology and aetiology of male infertility. *Hum Reprod*. 1998;13 Suppl 1:33-44.
25. INSERM. Reproduction et environnement - Expertise collective. Paris: Inserm, 2011 2011. Report No.
26. Biomédecine Ad. Agence de Biomédecine AMP - Accueil. Available from: <http://www.procreation-medicale.fr/>.
27. Code de la santé publique - Article L2141-1.
28. Vayena E, Rowe P, Griffin P. Current practices and controversies in assisted reproduction: World Health Organization Geneva; 2002.
29. Culley L, Hudson N, Lohan M. Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive BioMedicine Online*. 2013;27(3):225-35.
30. Petok WD. Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and Sterility*. (0).
31. Lindgren MC, Ross LS. Reproductive Health Care Delivery. *Urologic Clinics of North America*. 2014;41(1):205-11.
32. Hotaling JM, Patel DP, Brant WO, Myers JB, Cullen MR, Eisenberg ML. Demographic and socio-economic differences between men seeking infertility evaluation and those seeking surgical sterilization: from the National Survey of Family Growth. *BJU international*. 2015;doi: 10.1111/bju.13012.
33. Wischmann T, Thorn P. (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive BioMedicine Online*. 2013;27(3):236-43.
34. Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1999;78(1):42-8.
35. Rendall MS, Clarke L, Peters HE, Ranjit N, Verropoulou G. Incomplete reporting of men's fertility in the United States and Britain: a research note. *Demography*. 1999;36(1):135-44.
36. Joyner K, Peters HE, Hynes K, Sikora A, Taber JR, Rendall MS. The quality of male fertility data in major U.S. surveys. *Demography*. 2012;49(1):101-24.
37. Eisenberg ML, Lathi RB, Baker VL, Westphal LM, Milki AA, Nangia AK. Frequency of the Male Infertility Evaluation: Data from the National Survey of Family Growth. *The Journal of Urology*. 2013;189(3):1030-4.
38. Louis JF, Thoma ME, Sorensen DN, McLain AC, King RB, Sundaram R, et al. The prevalence of couple infertility in the United States from a male perspective: evidence from a nationally representative sample. *Andrology*. 2013;1(5):741-8.
39. Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility service use in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 1982-2010. *National health statistics reports*. 2014(73):1-21.
40. Anderson JE, Farr SL, Jamieson DJ, Warner L, Macaluso M. Infertility services reported by men in the United States: national survey data. *Fertility and Sterility*. 2009;91(6):2466-70.
41. Leridon H. Stérilité et hypofertilité : du silence à l'impatience. *Population*. 1991;2:225-47.

42. Toulemon LL, H. Contraceptive Practices and Trends in France. *Family Planning Perspectives*. 1998;30(3):114–20.
43. Toulemon L. TMR. Fécondité envisagée, fécondité réalisée: un lien complexe. *Population & Sociétés*. 2005;415:1-4.
44. Legleye S, Charrance G, Razafindratsima N, Bohet A, Bajos N, Moreau C. Improving Survey Participation: Cost Effectiveness of Callbacks to Refusals and Increased Call Attempts in a National Telephone Survey in France. *Public Opinion Quarterly*. 2013;77(3):666-95.
45. INED. Étude : FECOND "Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles" en France métropolitaine - Volet Population Générale (2009-2011): Catalogue Nesstar des enquêtes de l'INED. Available from: <http://nesstar.ined.fr/webview/index/fr/MyServer/Catalogue-des-enqu-tes-de-l-INED.c.MyServer/Enqu-tes-non-mises-disposition.d.2/Ann-es-2000-2014.d.9/FECOND-F-condit-Contraception-Dysfonctions-sexuelles-en-France-m-tropolitaine-Volet-Population-G-n-rale-2009-2011-/fStudy/IE0233A>.
46. Bajos N, Le Guen M, Bohet A, Panjo H, Moreau C. Effectiveness of family planning policies: the abortion paradox. *PloS one*. 2014;9(3):e91539.
47. Kagesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Hum Reprod*. 2015;30(1):186-96.
48. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. 2015;92(1):46-54.
49. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 2013;100(2):451-8.
50. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. 2014;89(1):9-16.
51. Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Loilier AR, Bajos N. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertil Steril*. 2014;102(6):1663-70.
52. Bedretidnova D, Fritel X, Panjo H, Ringa V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs. *European urology*. 2015.
53. Fecond Research Team. Fecond study : National Survey on « Fertility-Contraception-Sexual Dysfunctions »: User guide.1-23.
54. Hotaling JM, Davenport MT, Eisenberg ML, VanDenEeden SK, Walsh TJ. Men who seek infertility care may not represent the general U.S. population: data from the National Survey of Family Growth. *Urology*. 2012;79(1):123-7.
55. Fikree FF, Gray RH, Shah F. Can men be trusted? A comparison of pregnancy histories reported by husbands and wives. *Am J Epidemiol*. 1993;138(4):237-42.
56. Huppelschoten AG, van Duijnhoven NTL, van Bommel PFJ, Kremer JAM, Nelen WLDM. Do infertile women and their partners have equal experiences with fertility care? *Fertility and Sterility*. 2013;99(3):832-8.
57. Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F, Arıkan, II, Barut A, et al. Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014;64(2):138-45.
58. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*. 2007;88(4):911-4.
59. Wichman CL, Ehlers SL, Wichman SE, Weaver AL, Coddington C. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 2011;95(2):717-21.

60. Smith JF, Walsh TJ, Shindel AW, Turek PJ, Wing H, Pasch L, et al. Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *The journal of sexual medicine*. 2009;6(9):2505-15.
61. Coeffin-Driol C, Giami A. [The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature]. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*. 2004;32(7-8):624-37.
62. Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck MP, Cordova FP, Knauth D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum Reprod*. 2009;24(9):2151-7.
63. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rosner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, et al. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2014;74(8):759-63.
64. Olsen J, Koppers-Chinnow M, Spinelli A. Seeking medical help for subfecundity: a study based upon surveys in five European countries. *Fertility and Sterility*. 1996;66(1):95-100.
65. Winters BR, Walsh TJ. The Epidemiology of Male Infertility. *Urologic Clinics of North America*. 2014;41(1):195-204.
66. Kessler LM, Craig BM, Plosker SM, Reed DR, Quinn GP. Infertility evaluation and treatment among women in the United States. *Fertility and Sterility*. 2013;100(4):1025-32.
67. Juul S, Keiding N, Tvede M. Retrospectively sampled time-to-pregnancy data may make age-decreasing fecundity look increasing. *European Infertility and Subfecundity Study Group. Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2000;11(6):717-9.
68. de La Rochebrochard E., Troude P., Bailly E., Guibert J., J. B. Quelles sont les chances d'avoir un enfant durant ou après une prise en charge pour FIV ? Une enquête de cohorte rétrospective en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2011;23-24:274-7.
69. Oger P, Nicollet B, Wainer B, de Crecy MA. Informations à donner au couple infécond J *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010;39(8 Suppl 2):S100-12.
70. Sharlip ID, Jarow JP, Belker AM, Lipshultz LI, Sigman M, Thomas AJ, et al. Best practice policies for male infertility. *Fertil Steril*. 2002;77(5):873-82.
71. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod*. 2001;16(6):1301-4.
72. Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation. *Journal Officiel*; septembre 2010.
73. Régnier-Loilier A, Solaz A. La décision d'avoir un enfant: une liberté sous contraintes. *Politiques sociales et familiales*. 2010;100:61-77.
74. Slama R, Moreau C, Spira A. Chapitre 2. Qui choisit de médicaliser une infécondité ? In: La Rochebrochard (de) E, editor. *De la pilule au bébé-éprouvette Choix individuels ou stratégies médicales ? Cahiers de l'Ined*. 161. Paris: INED; 2008. p. 61-79.

ANNEXES

TABLEAUX EN ANNEXES

TABLEAU A1. REPARTITION DE LA POPULATION FECOND SUR LES NEUF CATEGORIES D'EXPOSITION A L'INFECONDITE

Catégories d'exposition	Effectifs		Total (n=7 492)
	Sexe du répondant		
	Femme (n=4 629)	Homme (n=2 863)	
1. Jamais eu de relation sexuelle	119	109	228
2. Homme avec rapports homo exclusifs	0	36	36
3. Pas de réponse à « déjà été enceinte »	2	3	5
4. Jamais eu de grossesse, ni d'échec de recherche de grossesse, et pas de recherche actuellement	1 058	1 057	2 115
5. Grossesse(s) non planifiée(s), jamais d'échec de recherche de grossesse, pas de recherche actuellement	402	268	670
6. A déjà eu une/ des grossesse(s) planifiée(s)	2 795	1 252	4 047
7. Jamais de grossesse planifiée, cherche actuellement à être enceinte	132	92	224
8. Jamais eu de grossesse planifiée, ne cherche pas actuellement à être enceinte, a cherché autrefois	118	46	164
9. Jamais eu de grossesse, actuellement en attente de confirmation d'une grossesse	3	0	3

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°1, c.à.d. ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).

TABLEAU A2. CONSULTATIONS MEDICALES PAR LE REpondant OU SON PARTENAIRE PARMI LES NEUF CATEGORIES D'EXPOSITION

Catégories d'exposition	Effectifs		
	Consultation (n=1 041)	Pas de consultation (n=4 404)	Total (n=5 445^(a))
1. Jamais eu de relation sexuelle	0	0	0
2. Homme avec rapports homo exclusifs	0	0	0
3. Pas de réponse à « déjà été enceinte »	0	4	4
4. Jamais eu de grossesse, ni d'échec de recherche de grossesse, et pas de recherche actuellement	2	428	430
5. Grossesse(s) non planifiée(s), jamais d'échec de recherche de grossesse, pas de recherche actuellement	25	645	670
6. A déjà eu une/ des grossesse(s) planifiée(s)	887	3 160	4 047
7. Jamais de grossesse planifiée, cherche actuellement à être enceinte	90	129	219
8. Jamais eu de grossesse planifiée, ne cherche pas actuellement à être enceinte, a cherché autrefois	37	35	72
9. Jamais eu de grossesse, actuellement en attente de confirmation d'une grossesse	0	3	3

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°1, c.à.d. ensemble de l'échantillon de l'enquête Fecond âgé de 20-49 ans (n= 7 492).

Notes : (a) Parmi les 7 492 répondants, 2 047 sont exclus pour « questions non posées ».

**TABLEAU A3. SUJETS ABORDES EN CONSULTATION PARMI LES
REONDANTS DECLARANT AVOIR SUIVI AU MOINS UN TRAITEMENT**

Sujets abordés	Taux (%)		Total (n=379)	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme (n=265)	Homme (n=114)		
Les différents traitements de l'infertilité	79,4	70,2	75,6	0,082
Votre vie sexuelle	53,7	47,89	51,3	0,336
Les effets secondaires des traitements	61,2	55,1	58,7	0,316
L'adoption	20,8	21,6	21,1	0,864
Aucun de ces sujets abordés	10,7	22,0	15,4	0,010

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°4, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et ayant consulté pour infécondité et ayant été traités eux-mêmes et/ou leur partenaire (n=402).

Notes : (a) Parmi les 402 répondants, 23 sont exclus pour n'avoir pas consulté personnellement.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux de sujets abordés selon le sexe du répondant.

TABLEAU A4. EXAMENS REALISES PARMI LES COUPLES AYANT
CONSULTE EN PREMIER ENSEMBLE

Examens réalisés	Taux (%)		Total ^(a)	P value ^(b)
	Sexe du répondant			
	Femme	Homme		
Bilan de la femme				
Examen gynécologique (n=277)	93,2	98,8	96,1	0,007
Tracé de la courbe de température (n=267)	72,2	72,3	72,2	0,987
Hystérosalpingographie/ hystéroscopie / cœlioscopie (n=235)	54,6	47,3	51,1	0,334
Bilan de l'homme				
Examen des parties génitales masculines (n=271)	43,6	63,5	53,7	0,004
Examen du sperme (n=277)	82,2	86,4	84,4	0,370
Bilan de la femme et de l'homme				
Bilan hormonal (n=261)	72,9	85,0	79,1	0,039
Dépistage IST (n=262)	65,9	67,0	66,4	0,872
Test de Huhner ou de la glaire cervicale (n=240)	44,7	35,5	40,2	0,204
Aucun examen réalisé (n=279)	4,4	0,0	2,1	0,003

Source : Enquête Ined-Inserm Fecond 2010.

Champ : Echantillon d'étude n°3 b, c.à.d. répondants ayant déjà été exposés à l'infécondité et où le répondant a déjà consulté personnellement pour infécondité, il y a moins de 15 ans (n= 608).

Notes : (a) Parmi les 608 répondants, 328 sont exclus, pour ne pas avoir consulté ensemble.

(b) La P-value correspond à un test du Chi 2 comparant les taux d'examens réalisés selon le sexe du répondant.

EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE FECOND SUR LA PRISE EN CHARGE DE
L'INFECONDITE

E : Prise en charge de l'infertilité

*Poser partie E si a déjà eu des RS (SEXEVI=1) et pas homo homme exclusif
(ORIENTSEX=3 et SEXE=1) ou (ORIENTSEX=1, 2)*

Poser E1 si ne décrit pas de consultation de ego dans le module précédent (si CONSINFBIOEGO <> 1)

E1 *Exclusive*

Si partenaire a consulté (consinfbiopart=1), lire : Votre partenaire a consulté pour avoir un enfant, et vous-même...

Si femme (sexe =1) : Avez-vous déjà consulté un médecin car vous aviez des difficultés pour avoir un enfant ?

Si homme (sexe =2) : Avez vous déjà consulté un médecin car vous aviez des difficultés pour avoir un enfant avec une de vos partenaires ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser E2 si ne décrit pas de consultation du partenaire dans le module précédent (si CONSINFBIOPART <> 1)

E2 *Exclusive*

Si interviewé a consulté (consinfbiogo=1), lire : Vous avez consulté, vous-même, pour avoir un enfant...

Si a un partenaire actuellement (partact=1) : Vos partenaires, actuel(les) ou passé(es) ont-ils/elles déjà consulté un médecin car vous aviez des difficultés pour avoir un enfant ensemble ?

Si n'a pas de partenaire actuellement (partact=0) : Vos partenaires passé(es) ont-ils/elles déjà consulté un médecin car vous aviez des difficultés pour avoir un enfant ensemble ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Variables : consultation pour infertilité : CONSINFEGO, CONSINFPART, CONSINF

CONSINFEGO = 1 si consultation de ego pour inf en partie E : CONSINFBIOEGO=1 ou E1=1

CONSINFPART= 1 si consultation de partenaire pour inf en partie E : CONSINFBIOPART=1 ou E2=1

CONSINF=1 si CONSINFBIOEGO=1 ou CONSINFBIOPART=1

Si consultation de ego ou partenaire dans le module précédent (CONSINFEGO=1 ou CONSINFPART=1)

Exclusive

Nous allons maintenant parler des démarches médicales que vous avez entreprises pour vos difficultés à avoir un enfant.

Nous parlons de la toute première fois où vous avez entamé des démarches médicales.

Poser si ego a déjà consulté (CONSINFEGO =1)

E3 *Exclusive*

En quelle année a eu lieu votre 1ère consultation?

Enq : si NSP : relance "la date peut être approximative ou si vous ne vous souvenez plus du tout, savez vous si c'était il y a plus de 15 ans ou il ya 15 ans ou moins"

- 1 [Donne une date] E3a
- 2 [NSP la date mais il y a 15 ans ou moins]
- 3 [NSP la date mais il y a plus de 15 ans]
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si EGO et partenaire a déjà consulté (CONSINFE=1 et CONSINF=1)

Si partenaire a déjà consulté et ego n'a jamais consulté (CONSINFE=1 et CONSINF=0) alors recoder consult avant vous en E4 (E4=3)

E4 Exclusive

La première fois qu'un ou une de vos partenaires a consulté afin d'obtenir une grossesse avec vous, était-ce ...

- 1 ...En même temps que vous ?
- 2 ...Après vous ?
- 3 ...Avant vous ?
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si partenaire à consulté avant ou après (E4=2, 3)

E5 Exclusive

En quelle année il ou elle a consulté pour la première fois, toujours dans le cadre d'une recherche de grossesse ensemble ?

Enq : Insister pour obtenir une date même approximative car nous devons savoir si cette consultation a eu lieu dans les 15 ans.

- 1 [Donne une date] E5a
- 2 [NSP la date mais il y a 15 ans ou moins]
- 3 [NSP la date mais il y a plus de 15 ans]
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si l'un des deux a consulté (CONSINF=1)

E6 Exclusive

Avez-vous consulté un médecin ...

Enq : Ne coder "Autre" que si uniquement autre raison comme un partenaire VIH.

- 1 ... car vous aviez des difficultés pour obtenir une grossesse ensemble ?
- 2 ... pour une AUTRE raison nécessitant une assistance médicale (préciser) ?

Création item supplémentaire pour recodage des cas « autres » (cf var E6r dans la base)

- 3 Autre (sans recode)
- 4 Refus
- 5 NSP

Poser si autre (E6=2)

D6o Ouverte

Autre en clair

Poser si l'un des deux a consulté (CONSINF=1) et n'a pas déclaré de traitement auparavant (D60=1 et D55=1 et D31=1)

E7 Exclusive

Si femme (sexe =1) : Avez-vous déjà suivi un traitement médical pour être enceinte (pour toutes les grossesses)

Si homme (sexe =2) et a un partenaire actuellement (PARTACT=1) : Vos partenaires, actuelles ou passées, ont-elles déjà suivi un traitement médical pour être enceinte de vous (pour toutes les grossesses)

Si homme (sexe =2) et a n'a pas de partenaire actuellement (PARTACT <>1) : Vos partenaires passées, ont-elles déjà suivi un traitement médical pour être enceinte de vous
Si interviewée enceinte ou partenaire enceinte actuellement avec ou sans enfant(s) (ENFANT=3, 4), ajouter :
, y compris celle éventuellement en cours.

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Variables : le premier à avoir consulté :

CONSULTANT1= 1 si ego date la plus antérieure : E4=1 ou 2 (si même date c'est ego qui prime)
 CONSULTANT1= 2 si partenaire date la plus antérieure : E4 =3

Variables : Date de la première consultation :

DATCONSEGO = date en E3A si E3=1

DATCONSEGO = vide si E3=2 ou 3

DATCONSPART = date en E5A si E5=1

DATCONSPART = vide si E5=2 ou 3

DATECONS1 = DATCONSPART si il y a une réponse en DATCONSPART et DATCONSEGO et si DATCONSEGO > DATCONSPART

DATECONS1 = DATCONSEGO si il y a une réponse en DATCONSPART et DATCONSEGO et si DATCONSPART > DATCONSEGO

REDIRECTION :

Si Date de première consultation de ego > 15 ans ou nsp ou ref (si E3=3, 999, 998 ou (E3=1 et (date_inter(année) - DATCONSEGO >15)))
 ➡ allez à F1 (Biographie contraceptive)

Si Date de première consultation de ego <=15 ans (E3=2 ou (E3=1 et (date_inter(année) - DATCONSEGO <=15)))
 ➡ continuer en E8

Si seulement le partenaire consulte (CONSINFEGO =0 et CONSINFPART =1) et Si Date de première consultation de partenaire > 15 ans ou nsp ou ref (E5=3, 999, 998 ou (E5=1 et (date_inter(année) - DATCONSPART >15)))
 ➡ allez à F1 (Biographie contraceptive)

Si seulement le partenaire consulte (CONSINFEGO =0 et CONSINFPART =1) et si Date de première consultation de partenaire <= 15 ans (si E5=2 ou (E5=1 et (date_inter - DATCONSPART <=15)))
 ➡ continuer en E8

TOP 21

Première consultation pour infertilité

Poser E8 à E39 si consultation pour difficulté à obtenir une grossesse (E6=1)

Ouverte

Nous allons maintenant parler plus spécifiquement de la 1ère fois où vous avez consulté un médecin car vous aviez des difficultés pour avoir un enfant ensemble.

Si l'interviewé(e) a consulté (CONSINFEGO=1) : Mais d'abord, pouvez-vous m'indiquer le prénom de votre partenaire au moment où vous avez consulté pour la première fois pour avoir un enfant ?

Si seulement le partenaire a consulté (CONSINFEGO <> 1 et CONSINFPART =1) : Mais d'abord pouvez m'indiquer le prénom de votre partenaire au moment où il/elle a consulté pour la première fois pour avoir un enfant ?

ENQ : NE PAS INSISTER - Si refus ou nsp coder "Partenaire" Saisie du prénom du partenaire :

Prénom : / _____ /

Poser si l'intervint(e) a consulté (CONSINFEGO=1)

E8. *Exclusive*

Si a donné une date de consultation ('datconseg'=>rp) : En (date de consultation), quel était le premier professionnel de santé que vous-même avez consulté pour ces difficultés ?

Si n'a pas donné de date de consultation ('datconseg'=<rp) : Lors de votre première consultation, quel était le premier professionnel de santé que vous-même avez consulté pour ces difficultés ?

Enq : Citer

- 1 un généraliste
- 2 un gynécologue en cabinet médical
- 3 un gynécologue / obstétricien à l'hôpital
- 4 Un autre spécialiste (dans la programmation : oublier de mettre : « à l'hôpital » comme en E9)
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si partenaire a consulté seul (CONSINFEGO=1 et CONSINFPART=1)

E9. *Exclusive*

Si a donné une date de consultation ('datconspart'=>rp) : En (date de consultation) quel était le premier professionnel de santé que votre partenaire a consulté pour ces difficultés ?

Si n'a pas donné de date de consultation ('datconspart'=<rp) : Quel était le premier professionnel de santé que votre partenaire a consulté pour ces difficultés ?

Enq : Citer

- 1 un généraliste
- 2 un gynécologue en cabinet médical
- 3 un gynécologue / obstétricien à l'hôpital
- 4 Un autre spécialiste à l'hôpital
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Variables : Type de premier interlocuteur pour infertilité : MED1INF

MED1INF=1 si Médecin de ville : E8=1,2 ou E9=1,2

MED1INF=2 si Médecin hospitalier : E8=3,4 ou E9=1,2

Si NSP en E8 et E9= pas de recode

Poser si médecin de ville (MED1INF=1) et si ego a consulté (CONSINFEGO=1)

E10. *Exclusive*

Était-ce votre médecin habituel ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

E11. *Exclusive*

Lors de cette première consultation, depuis combien de temps recherchez-vous une grossesse ?

ENQ : Coder en Année et mois, exemple : si 15 mois coder en 1 an et 3 mois

- 1 [Donne une Durée en mois] E11m

- 2 [Donne une Durée en année] E11a
- 3 [Donne une Durée en mois et année] E11m / E11a
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si ego a consulté (CONSINFEGO=1)

E12 Excluse

Pendant combien de temps avez vous été suivi vous-même par ce premier médecin pour ces difficultés ?

Enq: Cher

- 1 Moins de 3 mois
- 2 entre 3 et 6 mois
- 3 entre 6 mois et 1 an
- 4 entre 1 et 2 ans
- 5 Plus de 2 ans
- 6 Vous avez été réorienté(e) directement
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si ego a consulté et si pas de réorientation Immédiate (CONSINFEGO=1 et E12<=6)

E13 Excluse

Vous même, vous êtes-vous senti(e) soutenu(e) par ce premier médecin dans votre parcours médical pour avoir un enfant ?

Enq: Cher

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Plutôt pas
- 4 Pas du tout
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

TOP 22

Interlocuteurs rencontres pour problèmes d'infertilité

Poser E14 à E18 si ego a consulté (CONSINFEGO=1)

E14 Excluse

Suite à votre première consultation, avez-vous vu, vous ou votre partenaire d'autres professionnels de santé, pour ces difficultés (pour avoir un enfant) ?

- 1 Oui
- 2 Non, aucun autre spécialiste
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si a vu d'autres professionnels de santé (E14=1)

E15 Excluse

Avez-vous vu... ?

E15_1 un ou plusieurs gynécologues en cabinet médical → poser si 1er professionnel-généraliste (E8=1)

E15_2 un ou plusieurs gynécologues à l'hôpital ou en clinique

E15_3 un ou plusieurs urologues

E15_4 un ou plusieurs endocrinologues

E15_5 un ou plusieurs psychologues, psychiatres

E15_6 une ou plusieurs sages-femmes

E15_7 un ou plusieurs autres spécialistes

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si autre (E15_7=1)

D150 Ouverte

Autre en clair

Variables : Nombre d'interlocuteurs de spécialités différentes
(somme des E15_1 à E15_6) +1 (celui du premier service en E8) : NBINTINF
NBINTINF >1 si E15 <>0 (il faut au moins 2 intervenants)

Poser si nbre d'interlocuteurs >1 (NBINTINF>1) ou si premier interlocuteur hospitalier (MED1INF=2)

E16. Exclusive

Et avez-vous consulté ?

- E16_1 dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le public
- E16_2 dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le privé
- E16_3 à l'hôpital dans un autre service
- E16_4 en clinique dans un autre service

Enq : Citer

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si nombre d'interlocuteurs >1 (NBINTINF>1) et suivi hospitalier ou en clinique (E16_1=1 OU E16_2=1 ou E16_3=1 ou E16_4=1)

E17. Exclusive

Si a consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le public (E16_1=1) : Vous avez dit avoir consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le public.

Si a consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le privé (E16_2=1) : Vous avez dit avoir consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le privé.

Si a consulté à l'hôpital dans un autre service (E16_3=1) : Vous avez dit avoir consulté à l'hôpital dans un autre service.

Si a consulté en clinique dans un autre service (E16_4=1) : Vous avez dit avoir consulté en clinique dans un autre service.

Si le premier interlocuteur pour infertilité est un médecin de ville (MED1INF=1) : Pendant combien de temps avez-vous été suivi(e) dans ce ou ce(s) service(s) (pour ces difficultés pour avoir un enfant) ?

Si le premier interlocuteur pour infertilité est un médecin hospitalier (MED1INF=2) : Au total, pendant combien de temps avez-vous été suivi(e), dans ce(s) service(s) (pour ces difficultés pour avoir un enfant) ?

Enq : Citer

- 1 moins de 3 mois
- 2 entre 3 et 6 mois
- 3 entre 6 mois et 1 an
- 4 entre 1 et 2 ans
- 5 Plus de 2 ans
- 6 Toujours suivi
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si suivi hospitalier ou en clinique (E16_1= 1 ou E16_2=1 ou E16_3=1 ou E16_4 =1)

E18. *Exclusive*

Si a consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le public (E16_1=1) : Vous avez dit avoir consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le public.

Si a consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le privé (E16_2=1) : Vous avez dit avoir consulté dans un centre d'Aide Médicale à la procréation dans le privé.

Si a consulté à l'hôpital dans un autre service (E16_3=1) : Vous avez dit avoir consulté à l'hôpital dans un autre service.

Si a consulté en clinique dans un autre service (E16_4=1) : Vous avez dit avoir consulté en clinique dans un autre service.

Si a toujours été suivi(e) (E17<=6) : Vous êtes-vous senti(e) soutenu(e) par l'équipe médicale de ce(s) service(s) dans votre parcours médical (pour avoir un enfant) ?

Si n'a pas toujours été suivi(e) (E17=6) : Vous sentez-vous soutenu(e) par l'équipe médicale de ce(s) service(s) dans votre parcours médical (pour avoir un enfant) ?

Enq : Citer

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

TOP 23

Bilan et causes d'hypofertilité

Poser E19 à E21 si ego a déjà consulté (CONSINFEGO=1)

E19. *Exclusive*

Vous même ou votre partenaire a-t-il/elle réalisé les examens suivants (pour vos difficultés pour avoir un enfant) ?

Si vous NE savez pas dites-le.

Enq : Citer

E19_1 Un bilan hormonal

E19_2 Un dépistage d'infections sexuellement transmissibles / chlamydia

E19_3 Une hystérosalpingographie (prononcer ISTERO SALE PAIN GO GRAS FI) ou hystéroscopie / coelioscopie (radio de l'utérus et des trompes)

E19_4 Un tracé de la courbe de température

E19_5 Un test de Huhner ou test de glaire cervicale

E19_6 Un examen gynécologique (si sexe=2) de votre partenaire

E19_7 Un examen clinique des parties génitales (si sexe=1) de votre partenaire

E19_8 Un examen du sperme / spermogramme (si sexe=1) de votre partenaire

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

E20. *Multiple*

Au cours de vos consultations un médecin a-t-il abordé les sujets suivants avec vous ...

Enq : Citer (oui/non)

- 1 ... votre vie sexuelle ?
- 2 ... les différents traitements de l'infertilité ?
- 3 ... les effets secondaires des traitements ?
- 4 ... l'adoption ?
- 5 [Aucun de ces sujets]

E21. *Multiple*

A-t-on trouvé une cause, chez vous ou votre partenaire, à vos difficultés pour avoir un enfant et si oui, la ou lesquelles ?

Enq : Ne pas Cher

- 1 Trompe bouchée
- 2 Problème d'ovulation/ problème aux ovaires
- 3 Endométriose
- 4 Problèmes hormonaux
- 5 Problème de glaire cervicale
- 6 Problème de qualité du sperme/ azoospermie
- 7 Problème de l'appareil reproducteur masculin (varicocèle, testicule, cryptorchidie)
- 8 Anomalies de l'utérus ou col de l'utérus
- 9 Psychosomatique/ stress
- 10 Cause féminine sans précision
- 11 Cause masculine sans précision
- 12 Cause féminine et masculine sans précision
- 13 Pas de cause trouvée *Exclusif*
- 14 Autre
- 998 [REFUS] *Exclusif*
- 999 [NSP] *Exclusif*

TOP 24

Traitements

Poser si ego et/ou part a consulté (CONSINF=1)

E22. *Exclusive*

Nous parlons (toujours) du parcours médical que vous avez suivis avec votre partenaire (prénom du partenaire) pour obtenir une grossesse ensemble.

Si ego a donné une date de consultation (DATCONSEGO=rp) : Suite à la consultation de (date de consultation) ou des suivantes, quel(s) traitement(s) ou intervention(s) avez-vous suivis, vous ou votre partenaire, pour avoir un enfant ?

Si ego n'a pas donné de date de consultation (DATCONSEGO=>rp) : Suite à la première consultation ou aux consultations suivantes quel(s) traitement(s) ou intervention(s) avez-vous suivis, vous ou votre partenaire, pour avoir un enfant ?

E22_1 Des inducteurs d'ovulation, c'est-à-dire un traitement pour stimuler l'ovulation (comme le Clomid, Pergotime, ou un traitement par injection)

E22_2 Une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (prononcer IXI)

E22_3 Une insémination artificielle avec sperme du partenaire (ou IAC)

E22_4 Une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD)

E22_5 Une intervention chirurgicale

E22_6 Un autre médicament/ traitement

Création item supplémentaire pour recodage des cas « autres » (cf var E22r dans la base)

7 Aucun/Vitamine

Enq: Cher

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si autre médicament (E22_6=1)

E22m Multiple

De quel(s) médicament(s) / traitement (s) s'agissait-il ?

- 1 [médecine douce, plantes, herbes médicinales, homéopathie]
- 2 [méthode permettant de déterminer le moment de l'ovulation]
- 3 [transferts d'embryons congelés (TEC)]
- 4 [nsp le nom du médicament]
- 5 - 14 autres semi-ouvert

Poser si autre Intervention (E22_5=1)

E22i Multiple

De quelle(s) Intervention(s) chirurgicales s'agissait-il ?

- 1 NSP le nom de l'intervention
- 2 - 11 interventions semi-ouvert

Variable : nombre de traitement : NBTRAIT NBTRAIT de 1 à 22 : comptage des oui sur sur E22
--

REDIRECTION :

SI NBTRAIT= 997 ou 998 ou 999 => allez à E37

SI NBTRAIT=0 => aller à E37

Poser si au moins deux traitements cités (si NBTRAIT>1)

Si non si un seul traitement (NBTRAIT=1) recoder E23=E22.

E23 Exclusive

Parmi ces traitements, lequel avez-vous suivis, vous ou votre partenaire en premier ?

[Afficher les réponses de la E22 – E22a – E22b]

Enq : citer

- 1 des inducteurs d'ovulation, c'est-à-dire un traitement pour stimuler l'ovulation (comme le Clomid, Pergotime, ou un traitement par injection)
- 2 une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (prononcer IXI)
- 3 une insémination artificielle avec sperme du partenaire (ou IAC)
- 4 une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD)
- 5 une intervention chirurgicale (modification : item filtrée le 19 Juin 2010)
- 6 médecine douce, plantes, herbes médicinales, homéopathie
- 7 méthode permettant de déterminer le moment de l'ovulation
- 8 transferts d'embryons congelés (TEC)
- 9 Autre médicament (nsp) [afficher E22a]
- 10 intervention chirurgicale (nsp) [afficher E22b]
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]
- 13 - 22 item de la recode (E22, E22a, E22b)

Poser si plus de deux traitements cités (NBTRAIT>2)

Si NBTRAIT=2 et que le premier traitement est déjà cité en E23 recoder directement le 2ème traitement ici en E24

E24 Exclusive

Parmi ces traitements, lequel avez-vous suivi, vous ou votre partenaire en dernier ?

Enq : citer

[Afficher les réponses de la E22 – E22a – E22b et filtrer réponse E23]

- 1 des inducteurs d'ovulation, c'est-à-dire un traitement pour stimuler l'ovulation (comme le Clomid, Pergotime, ou un traitement par injection)
- 2 une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (prononcer IXI)
- 3 une insémination artificielle avec sperme du partenaire (ou IAC)
- 4 une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD)
- 5 une intervention chirurgicale (modification : item filtrée le 19 Juin 2010)
- 6 médecine douce, plantes, herbes médicinales, homéopathie
- 7 méthode permettant de déterminer le moment de l'ovulation
- 8 transferts d'embryons congelés (TEC)
- 9 Autre médicament (nsp)
- 10 intervention chirurgicale (nsp)
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]
- 13 -22 autres item de la recode (E22, E22a, E22b)

Poser si a déjà eu au moins un traitement (NBTRAIT>0)

E25. Exclusive

Si a subi plusieurs opérations de chirurgie (E23=5 et NBTRAIT>1) : En quelle année cette première

Intervention a-t-elle eu lieu ?

Si a subi une seule opération de chirurgie (E23=5 et NBTRAIT=1) : En quelle année cette Intervention a-t-elle eu lieu ?

Si a déjà eu plusieurs traitements (NBTRAIT>1 et E23<=5)

En quelle année avez-vous commencé votre premier traitement par (nom du traitement) ?

Si un traitement seulement (NBTRAIT=1 et E23<=5)

En quelle année avez-vous commencé votre traitement par (nom du traitement) ?

- 1 [Donne une année] E25a
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Test de cohérence : Si E25< DATCONSEGO ALORS AFFICHER : Impossible. L'année du début de traitement est inférieure à l'année de la consultation" revenir en E25

Poser si (E25=Ns

E26. Exclusive

Etait-ce il y a...

- 1 ...Moins de 2 ans
- 2 ...Entre 2 et 5 ans
- 3 ...Entre 5 et 10 ans
- 4 ...Il ya plus de 10 ans
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si déjà Inducteur, FIV, Iac, Iad ou autre traitement (E22=1, 2, 3, 4, 8)

E27. Exclusive

Combien de temps a duré ce premier traitement ?

Enq: clier

[Afficher le premier traitement E22]

- 1 moins de 6 mois
- 2 entre 6 mois et 1 an
- 3 entre 1 et 2 ans
- 4 Plus de 2 ans
- 5 Toujours suivi

998 [REFUS]
999 [NSP]

Poser si premier traitement = FM, IAC, IAD (E22=2, 3, 4)

E28. *Quantité*

Combien de tentative(s) avez-vous eue(s) (vous ou votre partenaire) avec ce traitement ?

Enq: Si Nsp NE PAS INSISTER

SI REFUS coder en 998

SI NSP coder en 999

[Afficher le premier traitement E22]

/ _____ / Nombre de tentatives (min 1 max 99)

Poser si a eu plus d'un traitement (NBTRAIT>1)

E29. *Exclusive*

(Nous parlons toujours du parcours médical que vous avez suivi avec votre partenaire (prénom du partenaire) pour obtenir une grossesse ensemble.)

Si premier traitement n'est pas une intervention chirurgicale (E22<5) Et si on parle maintenant de votre dernier traitement par (nom du traitement E22), en quelle année l'avez-vous arrêté ?

Si premier traitement est une intervention chirurgicale (E22=5) : Si on parle maintenant de votre dernier traitement, en quelle année a eu lieu l'intervention chirurgicale ?

1 Donne une date en année E29a
2 Toujours en cours
998 [REFUS]
999 [NSP]

« Test de cohérence : date d'arrêt doit être supérieure à date de début sinon : « Impossible : l'arrêt de votre dernier traitement est plus récent que le début de votre premier traitement »

Poser si déjà eu au moins un traitement (NBTRAIT>0)

E30. *Exclusive*

Ces (différents) traitements vous ont-ils permis d'avoir un enfant ?

ENQ : on parle UNIQUEMENT des naissances

1 Oui
2 Non
3 [Actuellement enceinte suite à ces traitements (ou partenaire enceinte)]
998 [REFUS]
999 [NSP]

Poser si a eu enfant suite aux traitements (E30=1)

E31. *Exclusive*

A quelle date est né cet enfant ?

Enq : le premier si plusieurs.

1 [Donne une date en mois et année] E31a / E31m
998 [REFUS]
999 [NSP]

Poser si déjà eu au moins un traitement (NBTRAIT>0)

90

*

E32. *Exclusive*

Durant l'ensemble de cette période de traitements, avez-vous, vous ou votre partenaire, eu une ou plusieurs grossesses qui se sont terminées par une fausse couche ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si pas d'enfant suite à traitement et si traitement arrêté (E30=2, 998, 999 et E27<>5, 998, 999 et E29<>2, 998, 999)

E33. *Multiple*

Pour quelles raisons avez-vous et votre partenaire arrêté les traitements (vous pouvez donner plusieurs raisons) ?

Enq : Citer (oui/non)

- 1 A cause des effets secondaires
- 2 Vous avez renoncé à obtenir une grossesse
- 3 Vous et votre partenaire êtes séparés
- 4 Vous avez décidé d'adopter
- 5 C'était trop cher
- 6 Vous avez arrêté sur les conseils du médecin
- 7 Vous avez été enceinte spontanément (votre partenaire a été enceinte spontanément)
- 8 [Non concerné car n'a pas arrêté] *Exclusif*
- 998 [REFUS] *Exclusif*
- 999 [NSP] *Exclusif*

RECODAGE :

Si n'a pas arrêté le traitement (E33=8) alors recoder E27 en « toujours suivi » (E27=5)

TOP 25

Traitement : impact sur la qualité de vie

Poser si déjà eu au moins un traitement (NBTRAIT> 0)

E34. *Exclusive*

Globalement ces périodes de traitement étaient pour vous, personnellement ?

Enq: Citer

- 1 Très difficiles à vivre
- 2 Plutôt difficiles à vivre
- 3 Sans problème particulier
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si période difficile (E34= 1, 2)

E35. *Multiple*

Pour quelles raisons était-ce difficile à vivre, était-ce parce que c'était...

Enq: citer (oui/non)

- 1 ... très long ?
- 2 ... très contraignant dans votre vie personnelle ou professionnelle ?
- 3 ... trop médicalisé ?
- 4 ... très difficile psychologiquement ?

- 5 ... parce qu'il y avait des effets secondaires ?
- 6 ... parce que c'était dur pour votre partenaire ?
- 7 ... pour une autre raison (préciser)
- 998 [REFUS] *Exclusif*
- 999 [NSP] *Exclusif*

Création item supplémentaire pour recodage des cas « autres » (cf var E35r dans la base)

- 10 Trop cher
- 11 Traitement difficile physiquement

Poser si autre (E35=7)

E35o *Ouverte*
Autre en clair

Poser si déjà eu au moins un traitement (NBTRAIT>0)

Poser en Alea les items

E36 *Exclusive*

Est-ce que cette phase de traitement a perturbé...%S

- E36_1 votre vie sexuelle ?
- E36_2 votre vie de couple ?
- E36_3 votre vie sociale ?
- E36_4 votre vie professionnelle ?

Enq: Citer

- 1 Oui beaucoup
- 2 Oui un peu
- 3 Non pas du tout
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

TOP 26

Adoption et nouvelle séquence de traitement

*Poser E37 à E39 si ego et/ou part a consulté dans les 15 ans (CONSINF=1 et
DATCONS1< =15 ans)*

E37. *Exclusive*

Certains couples envisagent d'adopter.

Et vous, depuis [date de consultation], avez-vous entamé des démarches pour adopter, que vous les ayez poursuivies ou non ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Poser si démarche pour adopter E37=1

E38 *Exclusive*

En quelle année avez vous entamé ces démarches ?

- 1 [Donne une année] E38a
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

E39. *Exclusive*

Si pas de traitement en cours et n'a jamais été sous traitement (E27<5 et E29<2 et NBTRAIT=0 ou vide) : Vous arrive-t-il d'envisager de suivre un nouveau traitement pour avoir un enfant ?

Si pas de traitement en cours mais a déjà été sous traitement (E27<5 et E29<2 et NBTRAIT>=1) : Vous arrive-t-il d'envisager de suivre un traitement pour avoir un enfant ?

Enq : Clier

- 1 Oui, vous êtes en train de suivre un nouveau traitement
- 2 Oui, vous y pensez sérieusement
- 3 Oui, de temps en temps vous envisagez de suivre un nouveau traitement
- 4 Non, vous ne suivrez plus jamais de traitement pour avoir un enfant
- 5 [Vous êtes (ou votre partenaire est) trop âgé(e)]
- 998 [REFUS]
- 999 [NSP]

Titre : L'infécondité en France : et si on écoutait les hommes ?

Introduction : Les estimations de la prévalence de l'infécondité varient de 3,6 à 14,3% et celles du recours médical de 3,6 à 17,0%. Peu de données ont été recueillies auprès des hommes. L'objectif de ce travail est de comparer les déclarations des hommes et des femmes, sur le recours médical en cas d'infécondité, à partir de l'enquête Fecond, menée en population générale.

Méthodologie : La population d'étude de 20 à 49 ans inclut 4629 femmes et 2863 hommes (n=7492). Les analyses ont été menées en population dite exposée à l'infécondité, c'est-à-dire ayant recherché une grossesse et donc à risque d'avoir une période d'infécondité (n=4438, 3048 femmes, 1390 hommes). Les analyses bivariées comparent les distributions ou moyennes selon le sexe du répondant.

Résultats : Le taux de consultation pour infécondité est de 15,8% pour les femmes et de 10,9% pour les hommes de 20 à 49 ans ($p<0,05$). Ce taux s'élève à 23,8% et à 20,7% pour les femmes et hommes dit exposés à l'infécondité ($p<0,05$). Le taux de traitement est 8,8% pour les femmes et de 6,1% pour les hommes de 20 à 49 ans ($p<0,05$). Ce taux est de 13,2% et de 11,5% pour les femmes et hommes dit exposés à l'infécondité. Les déclarations des femmes et hommes sont concordantes sur de nombreux aspects de la prise en charge. Parmi les différences, les hommes déclarent plus souvent des examens, notamment ceux les impliquant.

Conclusion : Les hommes sont moins concernés que les femmes par l'infécondité car ils y sont moins exposés. Une fois contrôlé le facteur d'exposition, leurs déclarations sont concordantes et parfois complémentaires, montrant l'intérêt d'interroger les hommes dans les enquêtes sur l'infécondité.

Mots clés : Infécondité, consultation, traitement, bilan, homme, femme, questionnaire

Title : Infertility in France : and if we listened to men?

Introduction : Estimates of the prevalence of infertility range from 3,6 to 14,3%, and prevalence of medical consultation from 3,6 to 17,0%. Few data were collected from men. The objective of this work is to compare the statements of men and women on the medical consultation for infertility, based on survey FECOND, in general population.

Methodology: The study population aged 20-49 years including 4629 women and 2863 men (n=7492). Analyzes were conducted in population exposed to infertility, i.e. ever tried to have a pregnancy and therefore at risk of having a period of infertility (n = 4438, 3048 women, 1390 men). Bivariate analyzes are comparing distributions or averages by gender of the respondent.

Results: Infertility consultation rate was 15.8% for women and 10.9% for men aged 20-49 years ($p<0.05$). This rate was 23.8% and 20.7% for women and men exposed to infertility ($p <0.05$). The treatment rate is 8.8% for women and 6.1% for men 20 to 49 years ($p <0.05$). This rate is 13.2% and 11.5% for women and men exposed to infertility. Statements of women and men are consistent on several aspects of their care. Among the differences, men report more often examinations, especially those involving them.

Conclusion: Men are less concerned than women infertility because they are less exposed. Once controlled the exposure factor, the statements of women and men are consistent throughout and sometimes complementary, showing interest to interview men in infertility survey.

Keywords : Infertility, consultation, treatment, checkup, male, female, questionnaire

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**